SEE FOLLOWING NOTE

VOIR NOTE CI-APRÈS

PARTS OF THE ORIGINAL DOCUMENT ARE OF POOR REPRODUCTIVE QUALITY.

MICROMEDIA LIMITED HAS ATTEMPTED TO PRODUCE THE BEST POSSIBLE COPY.

CERTAINES PARTIES DU DOCUMENT ORIGINAL SONT DE PIÈTRE QUALITÈ DE REPRODUCTION.

MICROMEDIA LTEE A ESSAYEE DE PROCURER LE MEILLEUR EXEMPLAIRE POSSIBLE.

LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

UN FINANCEMENT ÉQUITABLE À LA MESURE DE NOS MOYENS

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
4e trimestre 1991
ISBN 2-550-22681-x

AVANT-PROPOS

L'Assemblée nationale adoptait le 28 août dernier le projet de loi 120, *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.* Cette loi a marqué une première étape décisive pour l'avenir des services sociaux et de santé du Québec.

À la lumière du document *Une Réforme axée sur le citoyen* publié le 7 décembre 1990, cette loi, essentiellement, est venue redéfinir les droits et les responsabilités, les rôles et les fonctions des principaux intervenants d'un réseau au service des citoyens. Cette nouvelle loi a également réaménagé les différentes règles du jeu qui encadreront désormais la planification, l'organisation et la gestion des ressources humaines, matérielles et financières que les citoyens rendront disponibles au moyen de leurs taxes, de leurs impôts et d'autres contributions financières.

Dans la continuité de la mise en œuvre de la Réforme, une seconde étape majeure doit maintenant être franchie. Le temps est venu de décider ensemble du cadre financier et des choix d'orientation qui seront les plus appropriés au maintien du régime public des services sociaux et de santé du Québec.

Dans le nouveau contexte économique et financier du Québec en évolution, est-ce que les contribuables québécois auront les moyens de payer les 12 milliards $ que coûtent actuellement les services sociaux et de santé, et de soutenir le rythme de croissance de ces dépenses? Est-ce que le gouvernement du Québec pourra continuer de compenser indéfiniment le ralentissement des transferts du gouvernement fédéral au financement de la santé, soit en améliorant davantage la performance de ce secteur, soit en surchargeant l'endettement des générations futures?

Pourrions-nous en effet risquer de compromettre l'avenir économique de nos jeunes en leur léguant une dette publique très lourde à assumer et une fiscalité non concurrentielle, qui réduiraient grandement leur capacité financière d'avoir accès eux aussi aux services sociaux et de santé et de bénéficier d'autres services publics? Ces services seront tout autant qu'à nous, soyons-en assurés, nécessaires à leur épanouissement dans le contexte rigoureux de l'économie globale qui sera le leur.

Le financement des services sociaux et de santé pose ainsi des problèmes majeurs que l'on ne peut dissocier de ceux qui se posent pour les finances publiques et pour l'économie du Québec, et dont l'on ne pourrait reporter encore longtemps la solution. Ces problèmes touchent ou toucheront tous les milieux de notre société. Il est temps, ensemble, d'entreprendre de les résoudre.

Afin d'éclairer la démarche des choix collectifs les plus appropriés possible qui façonneront le financement des services sociaux et de santé pour les années 2000, le Ministère soumet son diagnostic ainsi que des réflexions et des voies de solutions envisageables. Certaines de ces orientations et mesures ont déjà été retenues dans le cadre de la Réforme et plusieurs

autres sont présentées pour fins de discussions. J'invite également tous les intéressés à soumettre d'autres options envisageables et réalistes. Ces propositions seront examinées toujours dans la même perspective de résoudre efficacement et équitablement le problème du coût et du financement des dépenses publiques des services de santé et des services sociaux du Québec et ce, dans le meilleur intérêt de tous les Québécois et Québécoises.

C'est ainsi dans le même esprit que celui qu'il a adopté dans la Réforme que le ministère de la Santé et des Services sociaux entend résolument axer le débat qui s'amorce sur le citoyen. Les préoccupations du Ministère portent en effet non seulement sur la dispensation directe de services au citoyen dans toutes ses dimensions, de consommateur, de décideur et de payeur, mais également sur l'amélioration des conditions déterminantes du bien-être et de la santé de tous les citoyens, ceux d'aujourd'hui et ceux de demain. Bien que ces derniers soient absents de nos centres de décision, il est de la responsabilité du gouvernement et de la société québécoise tout entière de placer les droits et les intérêts légitimes de nos enfants, les futurs citoyens, au centre des délibérations présidant aux décisions actuelles, sur un pied d'égalité avec ceux de ses contemporains.

Puisse l'objectif central de cette réflexion sur le financement des services sociaux et de santé ne jamais être perdu de vue : garantir à tous les citoyens du Québec, d'aujourd'hui et de demain, économiquement avantagés ou démunis, une égalité des chances d'améliorer leurs conditions de santé et de bien-être, une accessibilité aux services sociaux et de santé disponibles, ainsi qu'une contribution individuelle au financement des services qu'ils consomment qui tienne compte de leur capacité de payer respective; assurer également aux citoyens d'aujourd'hui et de demain une contribution globale au financement qui reflète adéquatement la valeur globale des services qu'ils consomment, sans l'excéder.

Le Ministre,

MARC-YVAN CÔTÉ

92-03622/

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX XI

LISTE DES GRAPHIQUES XII

INTRODUCTION XIII

CHAPITRE I
PROBLÉMATIQUE
LES QUESTIONS MAJEURES,
LES CATÉGORIES DE PROBLÈMES 1

SECTION 1
DÉTERMINATION DES DÉPENSES GLOBALES 5

1.1 Consommons-nous trop, globalement ? 5

1.2 Le niveau actuel des dépenses de santé per capita du Québec correspond à sa richesse relative et au comportement moyen des provinces et des pays industrialisés 7

1.3 Le niveau des dépenses per capita du Québec consacrées à la santé est relativement modéré en contexte nord-américain, mais il est supérieur à celui des autres pays industrialisés 9

1.4 La part de la richesse collective consacrée à la santé s'explique par les caractéristiques du régime, mais elle apparaît supérieure à celles de l'Ontario et à celle de la plupart des pays industrialisés 10

1.5 La part des dépenses de santé supportées par les fonds publics se compare à celle des autres pays, mais elle est supérieure à celles de l'Ontario et du Canada; par ailleurs, elle exprime une capacité de contrôle des dépenses totales de santé dans l'économie 12

1.6 L'évolution des dépenses publiques de santé au Québec fut moins rapide que dans les autres provinces, en raison du contrôle plus serré des rémunérations 12

1.7 L'évolution des crédits alloués à la santé (incluant la RAMQ) et aux services sociaux a concordé avec l'évolution du PIB, de 1983-1984 à 1990-1991 13

1.8 Les ressources physiques, humaines et technologiques sont comparables à celles des autres provinces, en quantité et en qualité 14

1.8.1 Une disponibilité de lits comparable 14

1.8.2 Une disponibilité de médecins suffisante 17

1.8.3 Une disponibilité de personnel comparable 18

1.8.4 Un parc technologique relativement moderne et en renouvellement 20

1.9 Conclusion 21

1.9.1 Par rapport aux besoins : des ressources relativement comparables et suffisantes 21

1.9.2 Par rapport à l'économie : une part de la richesse collective relativement élevée, à ne pas dépasser 23

1.9.3 Par rapport aux objectifs fondamentaux de la santé : des choix collectifs qui restent à préciser 23

SECTION 2
ALLOCATION ET UTILISATION DES RESSOURCES 26

2.1 Les modes actuels d'allocation des ressources par le gouvernement entre les dispensateurs de services ne sont pas exempts de lacunes d'efficacité et d'efficience 26

2.2 Les profils d'utilisation des ressources n'apparaissent pas généralement abusifs, mais inappropriés pour certaines clientèles et pour certains dispensateurs 28

SECTION 3
FINANCEMENT DES DÉPENSES 31

3.1 Les dépenses de santé et de services sociaux sont presque entièrement financées par le fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec, avec une participation importante du gouvernement fédéral 31

3.2 Les dépenses de santé et de services sociaux représentent près du tiers des dépenses budgétaires du gouvernement; la question de leur financement ne peut être isolée de la problématique des finances publiques 31

3.3 La problématique des finances publiques 32

3.3.1 Le passé récent : une amélioration jusqu'à la récession de 1990-1991, suivie de difficultés en 1990-1991 et en 1991-1992 32

3.3.2 L'état de la situation 36

3.3.3 Les choix budgétaires à compter de 1992-1993 et la nécessité d'agir rapidement 42

3.4 Les enjeux du financement des services sociaux et de santé 43

3.4.1 Un élément stratégique pour l'assainissement des finances publiques et pour l'économie 43

3.4.2 Un défi majeur pour la poursuite de la mission sociosanitaire 44

3.5 Sur le plan des modalités du financement : une absence de liens transparents entre consommation, production et contribution, qui ne favorise pas l'efficience et la responsabilité 46

CHAPITRE II
PERSPECTIVES ET CONTRAINTES 49

SECTION 1
PERSPECTIVES 51

1.1 Perspectives concernant la détermination des dépenses globales : sans interventions majeures, les dépenses globales de santé et de services sociaux seraient appelées à s'accélérer 51

1.1.1 Pressions provenant de l'offre de services 51

1.1.2 Pressions provenant de la demande de services 52

1.1.3 Pressions provenant du développement technologique et des processus de dispensation des services 52

1.1.4 Conclusion : une évolution à long terme des dépenses qui apparaît appelée à s'accélérer 53

1.2 Perspectives concernant l'allocation et l'utilisation : sans correctifs appropriés, une détérioration de la capacité du système à résoudre les problèmes, une réduction de sa contribution vis-à-vis l'amélioration des conditions de santé et de bien-être, et une accentuation des pressions indirectes sur les dépenses 54

1.3 Perspectives concernant le financement 55

1.3.1 Une détérioration accélérée de la capacité de financement du fonds consolidé : un manque à gagner annuel pouvant varier entre 200 millions $ et 400 millions $ 55

1.3.2 Des modalités de perception du financement de moins en moins appropriées au contexte de raréfaction des ressources 56

1.4 Conclusion : la nécessité d'un redressement 57

SECTION 2
CONTRAINTES 58

2.1 Des contraintes légales et socio-économiques 58

2.2 Des contraintes de mécanismes et de modalités de rémunération 59

2.3 Des contraintes de situation financière des établissements 59

2.4 Des contraintes opérationnelles et administratives 60

2.5 Des contraintes d'économie politique 60

CHAPITRE III
ORIENTATIONS, MESURES ET OPTIONS 61

1. UNE ADAPTATION GLOBALE, DES CHOIX PUBLICS SPÉCIFIQUES À COMPLÉTER 63

2. MESURES PORTANT SUR LA DÉTERMINATION DES DÉPENSES : infléchir la dynamique à un rythme n'exédant pas l'évolution de la richesse collective et tenant compte de la capacité financière de l'État 64

2.1 Améliorer le contrôle des salaires et des rémunérations 65

2.2 Améliorer le contrôle des prix 66

2.3 Améliorer le contrôle de l'offre de services 66

2.3.1 Mieux gérer l'évolution de la capacité institutionnelle 66

2.3.2 Mieux calibrer l'évolution de la main-d'œuvre médicale 66

2.3.3 Mieux contrôler l'implantation des technologies de la santé 67

2.4 Réévaluer la gamme et l'étendue des services assurés 67

2.5 Améliorer le contrôle des volumes d'activités 67

3. MESURES PORTANT SUR L'ALLOCATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES : apporter des correctifs nécessaires afin de répondre efficacement aux problèmes avec les ressources disponibles 68

3.1 Recentrer le réseau sur des objectifs de résultats 69

3.2 Réviser la mission des établissements 69

3.3 Allouer les ressources en fonction des besoins des populations à desservir et de la performance des établissements 69

3.4 Favoriser une utilisation plus appropriée des services pour certaines clientèles 70

4. MESURES PORTANT SUR LE FINANCEMENT : respecter la capacité financière de l'État et établir des liens transparents entre les dépenses et leur financement, tout en respectant les objectifs fondamentaux du gouvernement dans le secteur sociosanitaire 70

4.1 Mise en situation 70

4.2 Pistes d'orientations et options envisageables concernant les services de base 71

4.2.1 Première piste d'orientation : une responsabilisation collective, une mutualisation des risques 72

4.2.2 Deuxième piste d'orientation : une contribution individuelle modeste reliée à la consommation, avec des mesures assurant l'accessibilité de tous les citoyens 76

4.3 Orientations et options envisageables, services complémentaires 80

4.4 La démarche fédérale-provinciale du Ministère 84

4.4.1 Une compétence provinciale exclusive, des intérêts et des responsabilités financières partagés 84

4.4.2 Une révision nécessaire de la collaboration fédérale-provinciale 85

4.4.3 Un relèvement des transferts fédéraux et une réduction des normes de la loi C-3 88

5. CONCLUSION : des choix majeurs pour les intervenants et pour les citoyens 89

CHAPITRE IV
UN NOUVEAU CADRE INTÉGRÉ DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LE QUÉBEC 91

1. LA NÉCESSITÉ D'UN NOUVEAU CADRE DE RÉGULATION 93

2. UN CADRE INTÉGRÉ DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT 94

2.1 Un fonds général des services sociaux et de santé dont la comptabilité serait globale et intégrée 94

2.2 Un «départage» initial des contributions au financement 96

2.3 Les fonctions fondamentales du fonds général des services sociaux et de santé 97

2.3.1 Un rôle de coordination des choix et de conciliation des dépenses et du financement 97

2.3.2 Des mécanismes d'imputabilité améliorés 98

3. ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DE L'IMPORTANCE FINANCIÈRE DES MESURES À ADOPTER PAR UN FONDS GÉNÉRAL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ 99

3.1 Un déséquilibre annuel pouvant varier entre 200 millions $ et 400 millions $ à compenser 99

3.2 Une contribution stabilisatrice aux équilibres financiers du gouvernement 101

4. UN CADRE DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT MIEUX ADAPTÉ À LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU RÉGIME, DANS LE NOUVEL ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE DU QUÉBEC 103

CONCLUSION
UNE VOIE QUI SE DESSINE, UNE DESTINATION À ATTEINDRE 105

UN DÉFI EXIGEANT ET STIMULANT, AU CŒUR DE LA VIE DU QUÉBEC 113

ANNEXE 1
Niveaux relatifs des dépenses de santé per capita au Québec et en Ontario - données ajustées, 1987 - 114

ANNEXE 2
Pays de l'OCDE
Dépenses totales de santé en % du PIB 115

ANNEXE 3
Réflexions sur le ticket modérateur 116

ANNEXE 4
Comparaison interprovinciale des programmes complémentaires de santé 121

ANNEXE 5
Réflexions sur la révision du «panier» des services assurés 125

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
COMPARAISONS QUÉBEC - ONTARIO - CANADA, EN 1987 9

Tableau 2
NOMBRE DE LITS DRESSÉS EN SOINS DE COURTE DURÉE
PHYSIQUES PAR 1 000 HABITANTS
PROVINCES ET CANADA, 1990 15

Tableau 3
COMPARAISON INTERPROVINCIALE DE RATIOS MÉDECINS
ACTIFS/POPULATION (par 100 000 habitants) 17

Tableau 4
HEURES RÉMUNÉRÉES PAR JOUR-PATIENT (ADULTES ET ENFANTS),
TOUS LES SERVICES (SAUF LES PROGRAMMES SPÉCIAUX DE
RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT), HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS
(ENSEIGNANTS ET NON-ENSEIGNANTS) - 1986-1987 18

Tableau 5
ÉVOLUTION DES EFFECTIFS TOTAUX EN ÉQUIVALENTS
TEMPS PLEIN DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS
DE 1983-1984 À 1989-1990 20

Tableau 6
COMPARAISONS INTERPROVINCIALES DU NOMBRE
DE CERTAINS ÉQUIPEMENTS DE HAUTE TECHNOLOGIE
PAR MILLION D'HABITANTS, 1991 21

Tableau 7
ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, DE 1970-1971 À 1991-1992 36

Tableau 8
INCOMPATIBILITÉ ENTRE L'ÉVOLUTION DES CONTRIBUTIONS
FÉDÉRALES AU FPE ET L'ÉVOLUTION STRUCTURELLE DES
DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC 45

Tableau 9
FONDS GÉNÉRAL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ :
ÉTAT HYPOTHÉTIQUE DES REVENUS ET DÉPENSES 95

Tableau 10
ÉVALUATION DES MESURES À DÉFINIR POUR MAINTENIR
L'ÉQUILIBRE D'UN FONDS INTÉGRÉ DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ
DE 1991-1992 À 1996-1997 - hausses prévisibles des revenus et des dépenses - 100

Tableau 11
SCÉNARIOS D'ÉVALUATION DU MANQUE À POURVOIR
POUR LE FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ,
TAUX DE CROISSANCE ANNUELLE MOYENS DE 1991-1992 À 1996-1997 107

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1
DÉPENSES DE SANTÉ ET RICHESSE COLLECTIVE
DANS LES PAYS DE L'OCDE, 1987 7

Graphique 2
DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PER CAPITA
ET RICHESSE COLLECTIVE, PROVINCES, 1987 8

Graphique 3
DÉPENSES TOTALES
ET PUBLIQUES DE SANTÉ PER CAPITA
EN DOLLARS US, 1987 10

Graphique 4
PART DES DÉPENSES TOTALES
ET PUBLIQUES DE SANTÉ DANS LE PIB -EN 1987- 11

Graphique 5
DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PER CAPITA DES PROVINCES
CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1981 À 1987 13

Graphique 6
PARTS DES DÉPENSES DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ DU QUÉBEC
FINANCÉES PAR DES REVENUS AUTONOMES ET PAR DES SOURCES
PROVENANT DU FONDS CONSOLIDÉ DU REVENU, 1991-1992 31

Graphique 7
FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS :
IMPACT DES COUPURES FÉDÉRALES SUR LES TRANSFERTS FINANCIERS,
QUÉBEC (BASE D'EXERCICE EN MILLIONS $) 40

Graphique 8
ÉVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DES DÉPENSES
DE SANTÉ ET D'ADAPTATION SOCIALE DE 1991-1992 À 1996-1997,
CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE EN SUS DE L'IPC 55

Graphique 9
TAUX DE CROISSANCE ANNUELLE MOYENS DES DIFFÉRENTES SOURCES
DE FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ, EN SUS DE L'IPC,
SITUATION SANS ET AVEC FONDS GÉNÉRAL, DE 1991-1992 À 1996-1997 102

Graphique 10
PARTS RELATIVES DES DIFFÉRENTES SOURCES DE FINANCEMENT,
SITUATION EN 1991-1992 ET SITUATION EN 1996-1997, SANS ET AVEC FONDS
GÉNÉRAL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ 102

LA DÉMARCHE

Le présent document porte sur les coûts et le financement des services sociaux et de santé actuellement assumés par le gouvernement du Québec.

Afin d'amorcer le présent débat, le Ministère propose la démarche suivante :

1) s'appuyer d'abord sur un diagnostic aussi complet que possible des véritables problèmes qui affectent la dimension économique et financière du secteur des services sociaux et de santé, et en mesurer quantitativement l'ampleur;

2) présenter les réflexions, les orientations et le train des mesures déjà prévues par le Ministère pour atténuer le plus possible l'ampleur du problème, à l'intérieur de la marge de manœuvre actuelle des dépenses;

3) présenter les principales orientations ainsi que des mesures envisageables qui apparaissent au Ministère pouvoir compléter le manque à pourvoir, et exposer les avantages, mais également les inconvénients respectifs de ces différentes options;

4) le cas échéant, indiquer les préférences actuelles du Ministère, ainsi que les objectifs fondamentaux sur lesquels elles s'appuient; et enfin

5) soumettre ces orientations et ces différentes options à l'attention du public et inviter celui-ci à lui faire part d'autres mesures éventuelles qui pourraient être plus avantageuses. Les propositions devront pouvoir contribuer efficacement et équitablement à solutionner le problème des coûts et du financement public des services de santé et des services sociaux du Québec. Elles devront donc viser à la fois à réduire le niveau actuel des dépenses, à ralentir leur rythme de croissance et à modifier les principes et les modalités de leur financement. Elles devront également être inspirées par la poursuite du bien commun qui guide la présente démarche du Ministère.

LA STRUCTURE

C'est ainsi que le présent document de consultation décrit d'abord de façon détaillée les problèmes qui affectent actuellement et qui affecteront l'évolution des dépenses au cours des prochaines années, dans le contexte de la dynamique des besoins et des coûts de dispensation des services sociaux et de santé; il décrit également les problèmes qui affecteront l'évolution de leur financement, dans le contexte des défis que doit relever l'économie québécoise et de la nécessité de corriger en priorité la situation financière de l'État.

Afin de dégager les principales voies de solutions aux problèmes identifiés, certaines orientations et certaines mesures prévues dans la Réforme en matière de budgétisation des dépenses sont ensuite réitérées. Ces mesures

contribueront en effet déjà en partie à solutionner l'impasse. De plus, certaines nouvelles orientations et certaines options de mesures susceptibles de compléter le manque à pourvoir anticipé sont présentées. Enfin, un nouveau mécanisme de régulation des dépenses et du financement est proposé. Ce nouveau mode de gestion viserait à accroître la transparence et à contribuer à mieux faire concorder dans l'avenir l'évolution des dépenses et des crédits disponibles avec l'évolution des capacités de payer des citoyens et de l'État.

Plus précisément, **le chapitre I, qui présente d'abord la problématique, et le chapitre II, qui esquisse les perspectives et les contraintes**, font une distinction fondamentale entre les problèmes de détermination des dépenses totales des services sociaux et de santé dans l'économie, les problèmes portant plus spécifiquement sur l'allocation interne de ces ressources et les problèmes reliés au financement. Le chapitre I situe également la question des coûts et du financement dans le contexte de la problématique des finances publiques du Québec et identifie les enjeux, à la fois pour les finances publiques et pour la mission sociosanitaire. **Le chapitre III dégage les orientations et les différentes mesures**, qui portent sur le contrôle des coûts et sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services, ainsi que les principales options envisageables concernant la diversification des sources de leur financement. **Le chapitre IV présente la création d'un nouveau mécanisme de régulation, un fonds général des services sociaux et de santé**, comme étant devenue nécessaire afin de permettre au Ministère et au gouvernement de réaliser les orientations ci-haut mentionnées. Les principaux mécanismes de ce fonds, ses objectifs et ses modes de financement ainsi qu'une évaluation de l'importance du manque à pourvoir pour maintenir ses équilibres, sont enfin exposés.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE LES QUESTIONS MAJEURES, LES CATÉGORIES DE PROBLÈMES

Dans le cadre de la présente démarche, il importe, avant d'examiner ensemble les différentes orientations et mesures prévues ou envisageables, de prendre tout le temps nécessaire afin d'aborder une à une les principales questions suivantes et d'y trouver des réponses satisfaisantes :

- Par rapport à l'objectif d'améliorer les conditions de santé et de bien-être de la population, serait-il plus efficace de diriger davantage les ressources publiques disponibles aux fins d'améliorer les facteurs généraux qui sont déterminants sur l'état de santé et de bien-être des individus (c'est-à-dire emploi, éducation, formation, environnement, alimentation, etc.), plutôt qu'aux fins de continuer à intensifier les services directs de santé et de services sociaux à la population, via le réseau?

- Par rapport à leur richesse collective, les citoyens du Québec consacrent-ils trop de leurs ressources économiques aux services sociaux et de santé?

- Compte tenu des perspectives économiques et de la problématique générale des finances publiques, quels sont les enjeux et les défis du financement des services sociaux et de santé?

- Par rapport aux besoins, les ressources physiques et humaines disponibles sont-elles raisonnablement suffisantes?

- Par rapport aux ressources sociosanitaires disponibles, en avons-nous «pour notre argent»?

- L'évolution prévisible des dépenses et du financement requis pourrait-elle nuire au développement et à la concurrentialité économique du Québec, dans l'avenir?

- Y a-t-il surconsommation et abus du système?

- Est-ce que les sources actuelles de financement seront insuffisantes, et si oui, de combien?

- Les modalités «fiscales» actuelles de contribution des citoyens au financement des services sont-elles toujours appropriées?

- Et enfin, le processus actuel de régulation des dépenses et du financement des services sociaux et de santé demeurera-t-il efficace, comme cadre de conciliation entre l'évolution des dépenses, l'évolution de la richesse collective des citoyens et la capacité de financement du gouvernement du Québec?

De façon générale, les questions relatives aux choix des dépenses et aux choix de leur financement sont souvent interreliées, dans leur réalité courante. Aussi, pour pouvoir répondre de façon cohérente à ces questions, le Ministère considère-t-il que les coûts et le financement des services de santé et des services sociaux doivent être considérés de façon conjointe. Cependant, il est très important d'abord de bien distinguer ces questions, qui s'adressent à des catégories différentes de problèmes.

L'on doit en effet éviter de confondre les problèmes portant plus spécifiquement : 1) sur la détermination du niveau global des dépenses, 2) sur l'allocation et sur l'utilisation des ressources, 3) ainsi que sur la répartition des sources de financement et sur les modalités de leur perception. C'est pourquoi le présent chapitre sur la problématique, de même que la section I du prochain chapitre portant sur les perspectives, distinguent ces trois catégories de problèmes. Par ailleurs, les problèmes portant sur le cadre de régulation des dépenses budgétaires et de leur financement recevront une attention toute particulière au chapitre IV.

DÉTERMINATION DES DÉPENSES GLOBALES

1.1 Consommons-nous trop, globalement?

La Réforme est venue rappeler que le système des services sociaux et de santé du Québec doit être recentré, conformément à sa mission, sur la dispensation efficace et efficiente de services aux citoyens. Cependant, dans le volet du débat qui s'amorce, il est important de rappeler tout d'abord que l'objectif fondamental que poursuit le gouvernement en matière de santé et de bien-être n'est pas en tant que tel de dispenser des services, et encore moins de prélever du financement pour ces services.

L'objectif fondamental de l'État, en tant que fiduciaire du bien commun, c'est de contribuer à améliorer la condition de santé et de bien-être des citoyens et ce, par les moyens disponibles qu'il juge les plus efficaces possible. Le fonctionnement d'un système de services sociaux et de santé efficace, et le prélèvement d'un financement juste et adéquat pour soutenir ces services, ne constituent pour l'État qu'un moyen permettant la réalisation de cet objectif fondamental. Mais il existe également d'autres moyens.

En effet, les conditions générales de santé et de bien-être d'une population ne dépendent pas uniquement des ressources physiques, humaines et financières qu'elle consacre directement aux services de santé et aux services sociaux. La présence de ces services joue un rôle majeur en particulier au point de vue «curatif», c'est-à-dire au point de vue de la correction des problèmes de santé et de relations sociales, et un rôle important également en ce qui concerne la prévention. Toutefois, ces problèmes eux-mêmes dépendent souvent d'une multitude de facteurs sociaux, économiques, environnementaux, éducationnels et même culturels. Par conséquent, l'aptitude à résoudre ces problèmes dépend également de l'amélioration de ces facteurs déterminants «à la source», notamment au moyen des ressources consacrées à des secteurs d'activités autres que celui de la santé et des services sociaux. Par nature également, une partie de ces problèmes dépendent de facteurs auxquels aucune intervention extérieure ne pourrait apporter de solution.

C'est ainsi que l'on observe que les États-Unis, par exemple, qui ont les dépenses de santé de loin les plus élevées au monde, affichent pourtant des résultats souvent inférieurs à ceux des autres pays industrialisés en matière d'indicateurs de santé. À l'opposé, le Japon, qui consacre une part relativement modeste de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé, enregistre pourtant, parmi les pays industrialisés, la plus faible incidence pour un grand nombre de maladies (ex. : maladies cardiovasculaires). Par ailleurs, tel que démontré par l'enquête Santé-Québec notamment, les conditions de santé des Québécois et des Québécoises désavantagés sur le plan du niveau de revenu et d'éducation sont généralement moins bonnes que les conditions des citoyens plus avantagés, alors qu'ils bénéficient pourtant d'une accessibilité aux services publics équivalente et parfois même d'efforts spécifiques à leur endroit. Les services directs à la population ne

sont donc pas que le seul et toujours le meilleur moyen d'améliorer l'état général de santé et de bien-être des citoyens.

Notons également que le «rendement marginal» des dépenses de santé sur l'amélioration des conditions des individus est sans doute plus important pour une société en voie de développement que pour une société industrielle avancée qui dispose déjà de services de première, de deuxième et de troisième ligne (superspécialités) développés. La simple introduction de mesures d'hygiène, de vaccination et de suivi des femmes enceintes, par exemple, est susceptible d'entraîner des gains majeurs dans la santé publique des pays les moins développés. Dans les pays industrialisés, où les dépenses de santé, déjà élevées, continuent d'enregistrer une croissance rapide, on observe un plafonnement de la durée moyenne de vie en bonne santé, alors que la détérioration de l'environnement et des conditions sociales et économiques générales engendrent un accroissement et une diversification très importante des problèmes de santé et de bien-être à résoudre.

À l'évidence, beaucoup de problèmes de santé exigent une intervention médicale et sociale directe et en conséquence, des ressources financières appropriées. Cependant, une augmentation des dépenses consacrées aux services sociaux et de santé pourrait, dépassé un certain point, ne plus apporter véritablement une amélioration sensible de la santé générale. Ou encore, l'on pourrait obtenir un type d'amélioration discutable sur le plan de la collectivité. Exemple : une augmentation de la durée de vie moyenne de l'ensemble de la population, parallèlement à une augmentation de la morbidité et à une stagnation (ou même une diminution) de la longévité des citoyens désavantagés socio-économiquement. Un surcroît de dépenses divertirait alors des ressources qui, par leur potentiel de développement économique et général de la société, pourraient davantage améliorer les facteurs de base déterminants et contribuer à améliorer les conditions de bien-être et de santé même de la population, en particulier celles de citoyens à risques et à statut socio-économique précaire.

C'est dans cette optique que l'on doit poser le premier volet de questions concernant le financement des services sociaux et de santé. Excluant dans un premier temps toute considération d'allocation des ressources ou de financement, peut-on identifier ce niveau optimal pour une société de dépenses totales consacrées aux services sociaux et de santé? Par rapport à ce niveau «optimal», consacrons-nous trop ou trop peu de ressources à ces services?

À notre connaissance, il n'existe malheureusement pas de telles normes. Tout au plus un principe économique selon lequel le niveau optimal des dépenses serait dépassé lorsque «l'utilité» (c'est-à-dire les avantages) économique et sociale découlant d'une dépense supplémentaire serait inférieure à l'utilité marginale alternative de ces dépenses. Or, certaines études remettent en cause l'efficacité d'accroître les dépenses de santé sur la longévité ou sur l'état général de santé de la population. Cependant, ces études ne permettent pas de situer quantitativement ce «niveau optimal» des dépenses de santé et des services sociaux, de sorte que la réponse à cette question relève surtout du jugement. L'on peut cependant appuyer notre jugement en partie sur des comparaisons objectives des dépenses au Québec par rapport à d'autres pays et à d'autres régions. À cet égard, les informations disponibles permettent au Ministère de constater ce qui suit.

1.2 Le niveau actuel des dépenses de santé per capita du Québec correspond à sa richesse relative et au comportement moyen des provinces et des pays industrialisés

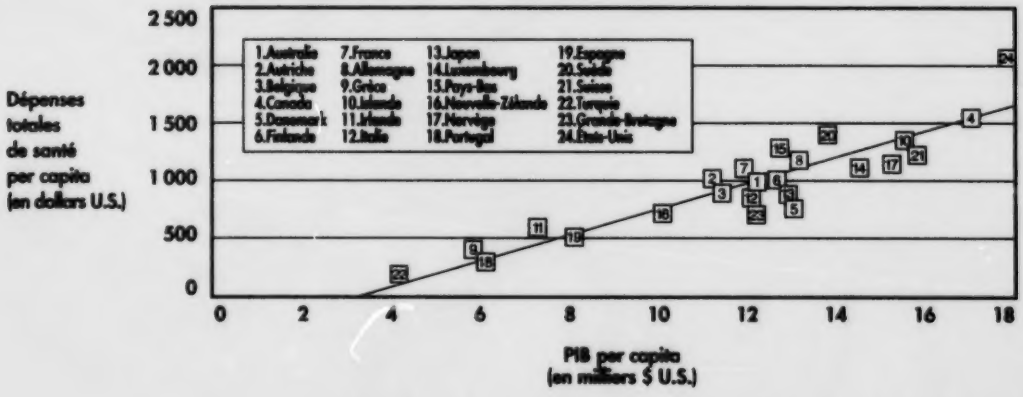
Notons d'abord qu'il n'existe pas de bases de données homogènes permettant d'effectuer des comparaisons valables sur les services sociaux. Aussi, les comparaisons qui suivent portent sur les services de santé, qui représentent la majeure partie des dépenses du Ministère. Mentionnons ensuite que le niveau des dépenses de santé per capita, indicateur de l'intensité des ressources consacrées à la santé, dépend en grande partie du niveau du PIB per capita, indicateur de la richesse collective.

Certaines études internationales établissent en effet que le niveau des dépenses per capita des pays de l'OCDE augmente en fonction de leur niveau respectif de richesse collective.

De par leur nature, les services de santé sont universellement considérés comme hautement prioritaires en ce qui concerne la sécurité, le bien-être et le développement des individus et des sociétés. Contrairement à d'autres biens et services, la consommation des biens et services de santé, du moins jusqu'à présent, ne semble pas avoir atteint le point de saturation au-delà duquel, normalement, d'autres biens et services apparaîtraient plus satisfaisants, ce qui aurait comme effet d'entraîner un plafonnement des dépenses de santé. C'est ainsi que plus un pays est riche actuellement, plus il consacre de nouvelles ressources à la dispensation des services aux fins d'améliorer l'état de santé de sa population.

Graphique 1

DÉPENSES DE SANTÉ ET RICHESSE COLLECTIVE DANS LES PAYS DE L'OCDE, 1987



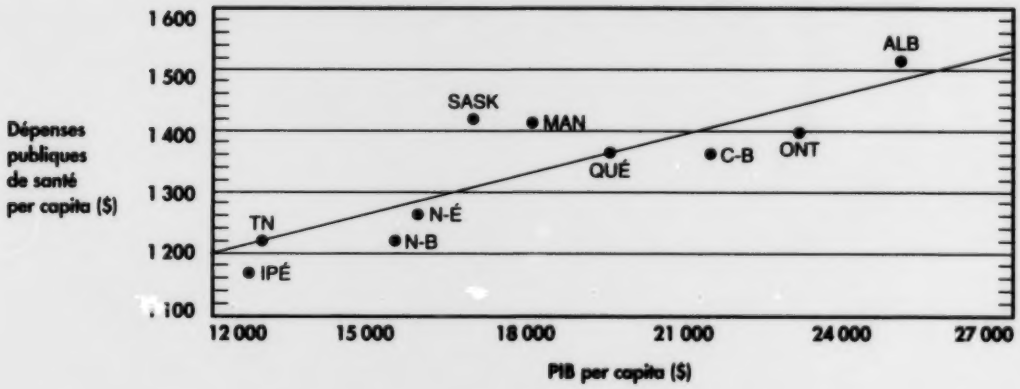
Source : Schieber, G.J. et Poullier, J.P., *International Health Care Expenditure Trends : 1987*, Health Affairs, 1989

Selon ces études, si l'on tient compte du pouvoir d'achat respectif des différents pays, le niveau des dépenses totales de santé per capita du Canada en 1987, bien qu'il était le second plus élevé au monde après celui des États-Unis, correspondait précisément à son niveau de richesse.

Sur le plan canadien, le régime public de santé vise à procurer des services comparables aux différentes provinces. À cet égard, le niveau des dépenses de santé per capita du Québec la même année situait le Québec à une position mitoyenne. De plus, ce niveau de dépenses per capita du Québec pourrait s'expliquer entièrement par le niveau de la richesse collective relative du Québec parmi les différentes provinces.

Graphique 2

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PER CAPITA ET RICHESSE COLLECTIVE, PROVINCES, 1987



D'un point de vue global et relatif, précisons-le, ces observations permettent d'établir les points suivants :

- Les ressources financières consacrées aux services de santé au Québec ne sont ni surdéveloppées, ni sous-développées : elles reflètent la propension moyenne actuelle des provinces et des pays industrialisés à consacrer une part de leur enrichissement collectif aux services de santé, et le stade de développement actuel de l'économie québécoise.

- Compte tenu du niveau de leur richesse collective, on peut donc considérer que les citoyens du Québec ne surconsomment ni ne sous-consomment leurs ressources en services de santé, sur la base des préférences que manifestent les sociétés industrielles et les provinces vis-à-vis la consommation de ces services.

- Mentionnons toutefois que par rapport à l'Ontario, qui est le premier partenaire commercial du Québec au Canada, les dépenses publiques de santé per capita du Québec n'étaient que de 5,4 % inférieures en 1987, alors que la richesse collective du Québec était de 18,6 % inférieure à celle en Ontario. Il en résultait une part plus élevée de la richesse collective consacrée aux dépenses publiques de santé au Québec (6,9 %) qu'en Ontario (5,9 %).

Tableau I

COMPARAISONS QUÉBEC - ONTARIO - CANADA, EN 1987

				ÉCARTS	
	Québec	Ontario	Canada	Q/O	Q/C
Dépenses totales					
• per capita	1 757 $	2 018 $	1 871 $	-12,9 %	-6,1 %
• p/r PIB	9,0 %	8,2 %	8,7 %		
Dépenses publiques					
• per capita	1 354 $	1 432 $	1 388 $	-5,4 %	-2,4 %
• p/r PIB	6,9 %	5,9 %	6,5 %		
Pourcentages des dépenses publiques sur les dépenses totales	77,1 %	70,9 %	74,8 %		
PIB per capita	19 656 $	24 152 $	21 429 $	-18,6 %	-8,3 %

Sources : Caron L., Côté, R., et Sanscartier G.-P., *Comparaisons Québec-Ontario, Évolution des dépenses de santé de 1977 à 1987*, MSSS, mai 1990;
Santé et Bien-être social Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, 1990;
Statistique Canada, *L'observateur économique*, catalogue 11-210.

Ces observations, cependant, ne permettent pas d'évaluer si les différents pays et provinces, dont le Québec, consacrent trop ou trop peu de ressources aux services publics de santé par rapport aux utilisations alternatives de ces ressources; elles ne permettent pas non plus d'évaluer si ces ressources disponibles sont allouées et utilisées adéquatement par rapport aux besoins, toujours dans la perspective d'améliorer de façon optimale les conditions générales de santé de la population.

1.3 Le niveau des dépenses per capita du Québec consacrées à la santé est relativement modéré en contexte nord-américain, mais il est supérieur à celui des autres pays industrialisés

Selon les dernières données disponibles de Santé et Bien-être Canada, **les dépenses totales** de santé des Québécois et des Québécoises en 1987 étaient environ 6,1 % moins élevées que celles de l'ensemble des Canadiens. Une étude détaillée du Ministère indiquait pour la même année que les citoyens du Québec dépensaient 12,9 % de moins que ceux de l'Ontario, sur une base per capita comparable (voir tableau I et annexe 1).

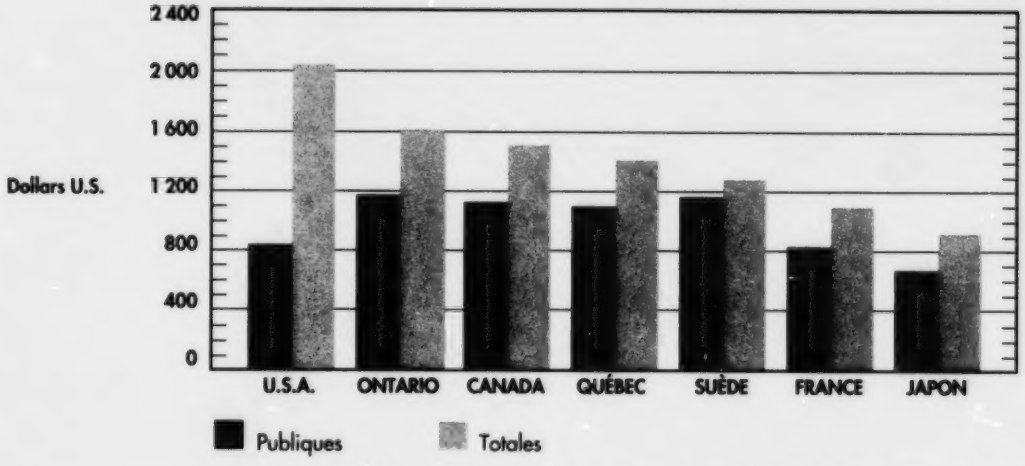
Sur le plan international, tout en reflétant les hauts standards du régime canadien de santé, ce niveau de dépenses totales per capita au Québec apparaissait ainsi relativement modéré par rapport à celui observé aux États-Unis, mais relativement plus élevé que ceux des autres pays industrialisés.

Pour leur part, **les dépenses publiques** de santé du Québec se situaient à un niveau per capita de 5,4 % inférieur à celui de l'Ontario et de 2,4 % inférieur à la moyenne canadienne. Tel que mentionné précédemment, ce niveau de dépenses publiques per capita du Québec reflétait le niveau

de la richesse relative du Québec sur le plan canadien. Il représentait néanmoins un effort économique relativement plus élevé au Québec (6,9 % du PIB) qu'en Ontario (5,9 %) et que pour l'ensemble du Canada (6,5 %).

Graphique 3

DÉPENSES TOTALES ET PUBLIQUES DE SANTÉ PER CAPITA EN DOLLARS US, 1987



Sources : a) Pays de l'OCDE : Schieber, G.J. et Poullier, J.P., *International Health Care Expenditure Trends : 1987*, Health Affairs, 1989.
b) Canada, Québec, Ontario : Santé et Bien-être social Canada, *Dépenses nationales de Santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, 1990.

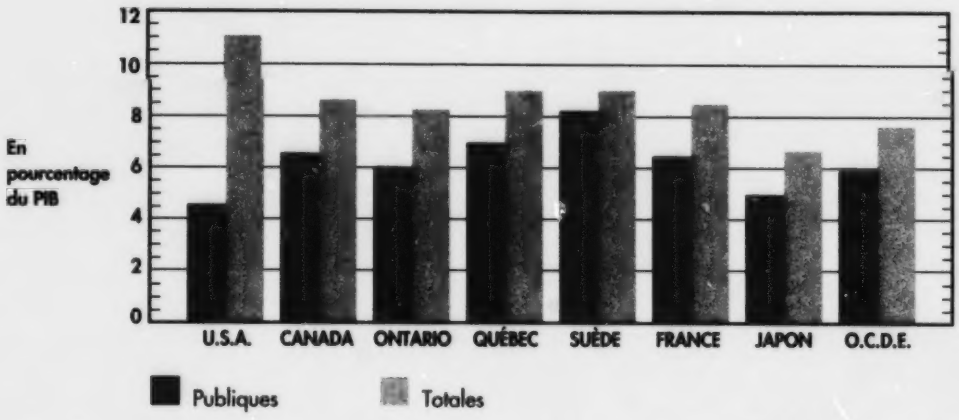
Notons que les données publiées disponibles ne permettent pas de mettre à jour les comparaisons précédentes sur les services de santé pour 1991. Cependant, l'évolution des crédits gouvernementaux couvrant l'ensemble des dépenses de santé et des dépenses sociales (excluant l'aide sociale) au Québec et dans d'autres provinces permet de croire que ces écarts dans les dépenses de santé per capita enregistrés en 1987 se sont probablement creusés depuis.

1.4 La part de la richesse collective consacrée à la santé s'explique par les caractéristiques du régime, mais elle apparaît supérieure à celle de l'Ontario et à celle de la plupart des pays industrialisés

Selon les données comparatives disponibles, la part du PIB consacrée aux dépenses totales de santé se situait en 1987 à 9,0 % au Québec, soit un niveau légèrement supérieur à celui de l'ensemble du Canada (8,7 %), ainsi que de l'Ontario (8,2 %) (voir annexe 2). L'on note que cette proportion des dépenses totales de santé du Québec par rapport au PIB se compare à celle de la Suède et qu'elle se situe à un niveau supérieur aux taux observés parmi les autres pays industrialisés; il est cependant nettement inférieur au taux de 11,1 % observé aux États-Unis, taux le plus élevé au monde.

Graphique 1

PART DES DÉPENSES TOTALES ET PUBLIQUES DE SANTÉ DANS LE PIB -EN 1987-



Sources : 1) Pour le Canada, le Québec et l'Ontario : Santé et bien-être social Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, 1990.
2) Pour les autres pays de l'OCDE, Schieber G, et Poullier, J.P., *International Health Spending; Issues and Trends*, Health Affairs, printemps 1991.

À cet égard, cependant, soulignons qu'il ne serait pas réaliste de considérer que le Canada et le Québec puissent s'isoler entièrement du contexte nord-américain dont ils font partie et ce, tant au point de vue de leur technologie, de leur formation médicale que du marché des médicaments. L'on doit tenir compte de la force prédominante de ce contexte «géo-économique» et considérer également que le Québec offre à ses citoyens à la fois un régime public universel, contrairement aux États-Unis, et une technologie américaine relativement à l'avant-garde par rapport à celle utilisée souvent en Europe.

Ainsi, le fait que la part de la richesse collective consacrée à la santé au Québec est relativement plus élevée que celle des pays européens s'explique par les caractéristiques du régime canadien et par le fait que le Québec se situe dans un contexte nord-américain.

Cependant, cette part plus élevée au Québec de la richesse collective consacrée aux dépenses de santé constitue un signe inquiétant, dans un contexte de concurrence de plus en plus vive pour maintenir et accroître la part des marchés.

1.5 La part des dépenses de santé supportées par les fonds publics se compare à celle des autres pays, mais elle est supérieure à celles de l'Ontario et du Canada; par ailleurs, elle exprime une capacité de contrôle des dépenses totales de santé dans l'économie

La part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé du Québec en 1987 (77,1 %) demeure dans un contexte canadien légèrement supérieure à celle de l'ensemble du Canada (74,8 %) et nettement plus élevée qu'en Ontario (70,9 %). Ce pourcentage relativement plus élevé des dépenses publiques de santé au Québec peut s'expliquer par le fait que le Québec offre à ses citoyens des services complémentaires souvent plus généreux que le font les autres provinces, et qu'il ne demande pas aux bénéficiaires des contributions pour ces services ou, le cas échéant, des contributions aussi élevées que dans les autres provinces (ex. : adultes hébergés). Dans un contexte international toutefois, cette part des dépenses publiques sur les dépenses totales de santé au Québec était inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE (79,3 %, si l'on exclut les cas exceptionnels que sont la Turquie et les États-Unis, à 41,3 %) (voir annexe 2). Il est également à noter que la part des dépenses publiques de santé au Québec tendait à diminuer, étant passée de 80,1 % en 1984 à 77,1 % en 1987, et ainsi à se rapprocher de la moyenne canadienne.

Mentionnons ici que la part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales ainsi que le pouvoir effectif de contrôle qu'exercent les gouvernements, tant en ce qui concerne la disponibilité des ressources que la rémunération des dispensateurs, représentent des facteurs déterminants dans l'évolution des dépenses publiques et totales de santé des différents pays. Ainsi, les systèmes nationaux de santé d'inspiration britannique, comme ceux de l'Angleterre, de l'Italie et du Canada, sont ceux qui apparaissent le mieux contrôler leurs dépenses totales de santé dans l'économie. Les observateurs attribuent ce fait au pouvoir relatif plus grand des gouvernements de ces pays vis-à-vis des forces qui, en situation naturelle de marché, exerceraient une influence prédominante.

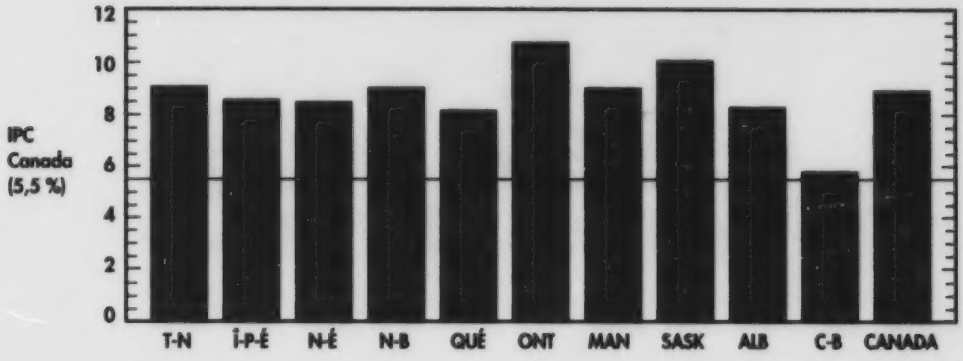
1.6 L'évolution des dépenses publiques de santé au Québec fut moins rapide que dans les autres provinces, en raison du contrôle plus serré des rémunérations

De 1981 à 1987, les dépenses publiques de santé per capita au Québec se sont accrues au rythme annuel moyen de 8,2 %, comparativement à 9,0 % pour l'ensemble du Canada. Cette évolution représentait pour le Québec 2,7 points de pourcentage de plus que l'IPC[1], soit la deuxième meilleure performance au Canada et une croissance réelle substantiellement moins élevée que celle de l'ensemble du Canada (3,5 points de plus que l'IPC).

1. L'écart entre cette estimation de l'IPC + 2,7 % des dépenses publiques de santé au Québec et d'autres estimations variant autour de l'IPC + 3,0 % présentées plus loin s'explique par le fait que la présente estimation porte sur des dépenses per capita, sur la période 1981-1987, et qu'elle s'appuie sur une base statistique différente (Santé et Bien-être social Canada) .

Graphique 5

DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ PER CAPITA DES PROVINCES, CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1981 À 1987



Source : Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, 1990.

On peut estimer que les dépenses publiques de santé de l'ensemble du Canada excluant le Québec ont augmenté au rythme annuel de 3,8 % de plus que l'IPC au cours de cette période, soit environ 40 % plus rapidement que l'évolution réelle de 2,7 % enregistrée au Québec. L'évolution moins rapide des crédits per capita à la santé et aux services sociaux au Québec, par rapport à d'autres provinces (ex. : en Ontario) entre 1987 et 1991, suggère que cette tendance s'est probablement poursuivie.

Cette performance peut être imputée en grande partie au contrôle serré à l'IPC de la rémunération du personnel du réseau ainsi que de celle des médecins qu'a exercé le gouvernement du Québec depuis le début des années 80.

1.7 L'évolution des crédits alloués à la santé (incluant la RAMQ) et aux services sociaux a concordé avec l'évolution du PIB, de 1983-1984 à 1990-1991

Sur le plan des finances publiques du Québec, les crédits accordés par le gouvernement, pour l'ensemble des programmes sociaux et de santé administrés par le Ministère et pour les programmes administrés par la RAMQ, ont augmenté en moyenne au rythme de 7,6 % annuellement, entre 1983-1984 et 1990-1991, soit près du rythme du PIB (8,0 %) au cours de cette période. Cette compatibilité «structurelle» à moyen terme, toutefois, recouvre des différences conjoncturelles importantes.

C'est ainsi qu'en 1990-1991 et 1991-1992, les crédits de la santé et des services sociaux ont augmenté respectivement de 6,1 et 7,9 points de pourcentage plus rapidement que le PIB, dont le rythme de croissance a été frappé durement par la récession économique. Par rapport à l'IPC, ils ont augmenté respectivement à un rythme de 5,3 et 6 points supplémentaires pour ces deux années.

Ce phénomène ne représente pas une perte de contrôle des dépenses publiques des services sociaux et de santé. Il s'explique essentiellement par le ralentissement de la croissance réelle de l'économie, ainsi que par l'impact indirect du ralentissement économique sur la hausse de la consommation des services. De plus, des augmentations de rattrapage salarial supérieures à l'inflation ont été consenties par le gouvernement au personnel du réseau (aux infirmières en particulier) au cours de cette période.

En évoluant au rythme constaté, la croissance des crédits du secteur de la santé et de l'adaptation sociale, contrairement à celle des autres dépenses du gouvernement, n'a pas permis de dégager une marge de manœuvre disponible pour répondre aux autres besoins prioritaires de la société, notamment, et pour agir sur les facteurs généraux déterminants des conditions générales de santé et de bien-être.

1.8 Les ressources physiques, humaines et technologiques sont comparables à celles des autres provinces, en quantité et en qualité

Bien qu'il n'existe pas d'indicateurs comparables pour les dépenses du secteur social, les observations précédentes permettent de répondre à plusieurs des questions concernant les ressources financières globales consacrées aux besoins sociaux et de santé des citoyens du Québec. Elles ne permettent cependant pas d'évaluer si de façon générale les ressources physiques, humaines et technologiques sont relativement suffisantes pour répondre à ces besoins. Disposons-nous d'un parc de lits institutionnels et d'équipements, de même que de médecins et de personnel en nombre suffisant dans notre réseau?

1.8.1 Une disponibilité de lits comparable

Les données disponibles ne permettent pas de comparaisons parfaites des disponibilités relatives de lits, en raison du fait que les structures institutionnelles sont souvent très différentes entre les pays ou entre les provinces. De plus, un même type d'établissements peut comprendre des types différents de clientèles (ex. : soins de longue durée, psychiatriques ou de réadaptation). Les données les plus comparables sur le parc institutionnel portent sans doute sur les centres hospitaliers de soins de courte durée physiques et psychiatriques.

En 1990, le Québec maintenait en opération 3,42 lits dressés de soins de courte durée physiques par mille habitants. Ce niveau de lits était équivalent à celui de l'Ontario (3,44), supérieur à celui de

la Colombie-Britannique (3,27), mais un peu inférieur à celui de la moyenne canadienne (3,78). On peut cependant estimer que 65 % des citoyens des autres provinces canadiennes (c'est-à-dire Canada excluant le Québec) avaient un ratio de lits inférieur ou équivalent à celui des citoyens du Québec. Pour leur part, les ratios de lits de soins de courte durée physiques plus élevés qu'au Québec dans les provinces maritimes et dans les provinces des prairies, qui, à l'exception de l'Alberta, n'ont pas une richesse collective supérieure à celle du Québec, pourraient s'expliquer en partie par les distances plus grandes que doivent franchir les clientèles de ces provinces pour se rendre dans les grands centres provinciaux ou nationaux. Ils peuvent aussi s'expliquer en partie par la nécessité de maintenir des seuils minima de lits par grande spécialité, ce qui représente des coûts fixes plus élevés pour les provinces peu densément peuplées.

Tableau 2

NOMBRE DE LITS DRESSÉS EN SOINS DE COURTE DURÉE PHYSIQUES PAR 1 000 HABITANTS PROVINCES ET CANADA, 1990

		Part de la population âgée de 65 ans et +	
	Lits/1 000H	En %	Québec=100
Terre-Neuve et Labrador	4,44	9,4	86,2
Île-du-Prince-Édouard	4,81	12,7	116,5
Nouvelle-Écosse	4,83	12,4	113,8
Nouveau-Brunswick	4,69	11,9	109,2
Québec	3,42	10,9	100,0
Ontario	3,44	11,6	106,4
Manitoba	4,56	13,2	121,1
Saskatchewan	5,73	13,6	124,8
Alberta	4,31	8,9	81,7
Colombie-Britannique	3,27	13,0	119,3
Canada (incluant Yukon et T.-N.-O.)	3,78	11,5	105,5

Source : Turgeon, J., *Les soins hospitaliers de courte durée au Québec : une analyse comparative*, Direction de l'évaluation, MSSS, mars 1991.

Outre l'éloignement et les coûts fixes relativement moins importants au Québec que dans plusieurs autres provinces, l'on doit également tenir compte que la population du Québec compte parmi les plus jeunes du Canada. Le ratio des personnes âgées de plus de 65 ans en 1990 était en effet supérieur à celui du Québec de 6,4 % en Ontario, de 19,3 % en Colombie-Britannique et de 5,5 % dans l'ensemble du Canada. Or, l'on sait que les personnes âgées ont un taux d'utilisation de beaucoup supérieur aux autres catégories

d'âge. Par exemple, la population âgée de 65 ans et plus au Québec, qui représentait 10,9 % de la population totale en 1990, utilisait près de 40 % du total des journées d'hospitalisation de soins de courte durée physiques. Par conséquent, si l'on tient compte du fait que la structure démographique plus jeune du Québec requiert, toutes autres choses étant égales, moins de services que celle de la moyenne canadienne, il y lieu de considérer que la disponibilité actuelle des lits de soins de courte durée physiques au Québec est actuellement à peu près comparable et qu'elle ne démontre pas d'insuffisance vis-à-vis les besoins, relativement à la moyenne canadienne. L'on doit faire remarquer cependant qu'en contrepartie, le vieillissement de la population québécoise dans l'avenir sera plus important que celui dans les autres provinces canadiennes. Des mesures ont été prévues dans la Réforme, notamment l'ajout de nouveaux lits, afin de tenir compte de l'accroissement des besoins qui en découleront.

Pour sa part, le ratio québécois des lits dressés de soins de courte durée psychiatriques par 1 000 habitants, en 1986-1987 (0,55) était de loin le plus élevé de toutes les provinces canadiennes, soit un ratio supérieur de 83,3 % à celui de l'Ontario (0,30) et de 48,6 % à la disponibilité moyenne canadienne (0,37). Cet écart reflète les investissements plus importants dans les autres provinces en matière de mesures alternatives à l'hospitalisation telles que les services de première ligne.

Concernant les soins prolongés et d'hébergement, il n'existe pas de base de données comparables sur le nombre de lits disponibles dans les provinces, principalement à cause des structures institutionnelles différentes. Selon les informations disponibles toutefois, on sait que 6,9 % des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec vivent dans des institutions, ce qui représente un taux nettement plus élevé que ceux connus de 5,0 % en Grande-Bretagne et en France, de 5,3 % aux États-Unis, de 5,9 % en Australie, et de 3,5 % en Autriche.

Ces comparaisons sur les nombres de lits et sur les taux d'institutionnalisation doivent être interprétées avec prudence en raison du caractère non parfaitement homogène des données, mais également parce qu'elles ne tiennent compte ni des besoins différents dus à la structure démographique et épidémiologique, ni des différences de profils d'utilisation des lits, ni encore des ressources alternatives disponibles en dehors du secteur institutionnel. De plus, ces données ne tiennent pas compte de l'état de vétusté des immeubles.

Ainsi, par exemple, la chirurgie d'un jour est beaucoup plus développée en Colombie-Britannique qu'au Québec, les durées de séjour y sont plus courtes, et les sommes consacrées pour les soins et le maintien à domicile et pour les logements sociaux des personnes âgées y sont relativement plus importantes. Ces facteurs contribuent sans doute à expliquer le taux de lits institutionnels moins élevé dans

cette province qu'au Québec.

À cet égard, des mesures prévues dans la Réforme permettront de développer les services à domicile, d'améliorer l'utilisation des lits en établissements, et d'effectuer un rattrapage nécessaire dans la rénovation des établissements vétustes. Nonobstant ces différences d'utilisation et d'allocation, les observations précédentes convergent vers la conclusion que les ressources physiques en institutions au Québec sont dans l'ensemble comparables actuellement à celles dans les autres provinces.

1.8.2 Une disponibilité de médecins suffisante

Concernant les ressources humaines, la disponibilité de l'ensemble des médecins omnipraticiens et spécialistes par 1 000 habitants au 31 décembre 1988 situait le Québec au deuxième rang au Canada, presque à égalité avec la Colombie-Britannique, avec un ratio de 3,9 % supérieur à celui de l'Ontario et de 7,1 % supérieur par rapport à la moyenne canadienne. Plus spécifiquement, la disponibilité de médecins omnipraticiens actifs se compare à celle de la moyenne canadienne, tandis que la disponibilité de médecins spécialistes place le Québec au tout premier rang, avec un ratio de 8,1 % plus élevé qu'en Ontario et de 14,5 % plus élevé qu'au Canada.

Tableau 3

COMPARAISON INTERPROVINCIALE DE RATIOS
MÉDECINS ACTIFS/POPULATION
(par 100 000 habitants)
Au 31 décembre 1988

	Rang	Province	Ratios
Omnipraticiens	1er	Colombie-Britannique	110,6
	2e	Terre-Neuve	110,3
	3e	Nouvelle-Écosse	106,8
	4e	Québec et Ontario	100,4
Canada			99,9
Spécialistes	1er	Québec	103,7
	2e	Ontario	95,9
	3e	Colombie-Britannique	94,1
Canada			90,6
Ensemble des médecins	1er	Colombie-Britannique	204,5
	2e	Québec	204,1
	3e	Ontario	196,5
Canada			190,5

Source : Santé et Bien-être social Canada, *Active Division Physician, by Type of Physician, Canada, by Province, December 31, 1988*, Ottawa, avril 1989.

Ces données ne tiennent pas compte des disparités entre les différentes catégories de spécialistes ni du profil différent d'âge, de sexe et de pratique entre les médecins des différentes provinces. Elles ne tiennent pas compte non plus des besoins en services médicaux moins grands découlant de la structure démographique québécoise relativement plus jeune. Ce sont néanmoins des statistiques fiables et reconnues, utilisées dans la gestion des effectifs médicaux, et qui indiquent que dans l'ensemble, de façon globale, la disponibilité des médecins actifs au Québec se situe parmi les meilleures au Canada. Il est connu cependant que la répartition interne des effectifs médicaux au Québec, selon les différentes régions et par spécialité, pose des problèmes importants d'accessibilité.

1.8.3 Une disponibilité de personnel comparable

Y a-t-il, enfin, suffisamment de personnel dans nos établissements? Ici également, l'on ne dispose pas de données tout à fait comparables sur les divers effectifs par catégorie d'établissements et en équivalents temps plein. Les statistiques les plus fiables, qui portent sur les heures rémunérées par journée d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics, indiquent toutefois que le Québec accorde 17,2 heures rémunérées par patient-jour, soit 8,8 % de plus qu'en Ontario et 8,6 % de plus que la moyenne canadienne. Ces écarts pourraient être dus à plusieurs facteurs, notamment : l'existence d'avantages sociaux plus importants au Québec, la lourdeur différente des cas hospitalisés, la productivité différente, etc. Les données disponibles ne permettent pas de décomposer ces différentes sources d'écarts.

Tableau 1

HEURES RÉMUNÉRÉES PAR JOUR-PATIENT (ADULTES ET ENFANTS), TOUS LES SERVICES (SAUF LES PROGRAMMES SPÉCIAUX DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT), HÔPITAUX GÉNÉRAUX PUBLICS[2] (ENSEIGNANTS ET NON-ENSEIGNANTS) - 1986-1987

				ÉCARTS	
	Québec	Ontario	Canada	Q/O	Q/C
Total, non-enseignants	15,87	14,07	14,18	+12,8 %	+11,9 %
Total, enseignants (sauf pédiatriques)	19,33	20,47	19,47	-5,6 %	-0,7 %
Total, hôpitaux généraux	17,20	15,81	15,84	+8,8 %	+8,6 %

Source : Statistique Canada, *Rapport annuel des hôpitaux - indicateurs des hôpitaux*, volume 4, catalogue 82-003S.

2. Ces données ne tiennent pas compte des hôpitaux pédiatriques, psychiatriques, de réhabilitation ou de soins prolongés pour lesquels les informations sont difficilement comparables.

L'on sait par ailleurs qu'au cours de la période 1983-1984 à 1989-1990, les effectifs en équivalents temps plein dans l'ensemble des établissements du réseau ont augmenté d'environ 1,7 % par année, soit près de trois fois plus rapidement que la population du Québec et que les effectifs des ministères et organismes (0,6 %). L'on note en particulier que les efforts de restructuration vers l'utilisation de ressources plus légères, poursuivis par le Ministère, se sont traduits par de fortes augmentations des effectifs dans les centres d'accueil d'hébergement et dans les CLSC. Par ailleurs, la réduction de 3,1 % annuellement des effectifs dans les centres de soins hospitaliers de longue durée s'explique totalement par un changement de classification survenu dans trois établissements (Sanatorium Ross, Sanatorium Bégin et Hôpital de Mont-Joli) transformés en centres hospitaliers psychiatriques (voir tableau 5).

La qualité des services offerts aux Québécois et Québécoises ne fait pas non plus défaut, et elle est reconnue sur le plan international. À cet effet, des mesures de la Réforme visant à valoriser davantage le personnel et à accentuer les efforts de la recherche contribueront à la poursuite de l'excellence. De façon relative, la qualité des services hospitaliers, médicaux, professionnels et infirmiers du Québec se compare à celle généralement rencontrée dans l'ensemble du Canada, du fait que l'agrément des hôpitaux et les normes de formation des différents groupes professionnels sont généralement assujettis à des organismes ou à des normes canadiennes ou comparables.

Tableau 5

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS TOTAUX EN ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN DANS LE SYSTÈME SOCIOSANITAIRE QUÉBÉCOIS DE 1983-1984 À 1989-1990

	1983-1984	1989-1990	Croissance annuelle moyenne
CH de courte durée			
• physiques	83 704	91 301	1,5 %
• psychiatriques	12 329	13 587	1,6 %
Sous-total	96 033	104 888	1,5 %
CH de longue durée	12 116	10 035	(3,1 %)
Centres d'accueil d'hébergement	12 426	14 512	2,6 %
Sous-total	24 542	24 547	-
CLSC	6 155	10 783	9,8 %
CSS	5 662	5 356	(0,9 %)
CRSSS	564	837	6,8 %
CAR	12 961	13 955	1,2 %
Privés conventionnés	5 243	6 645	4,0 %
Ensemble du réseau	151 160	167 011	1,7 %
Ministères et organismes	59 645	61 998	0,6 %
Population (en milliers)	6 475	6 698	0,6 %

Sources : a) Effectifs des établissements de santé et de services sociaux, MSSS, *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux* (diverses années), Québec; MSSS, *Statistiques sur les cadres de la santé et des services sociaux* (diverses années), Québec.

b) Effectifs des ministères et organismes, *Discours sur le budget et renseignements complémentaires* (diverses années), Québec.

1.8.4 Un parc technologique relativement moderne et en renouvellement

Enfin, la grande diversité du parc des équipements technologiques et le manque de données homogènes rendent très difficiles les comparaisons interprovinciales. Certaines informations partielles recueillies à la suite d'une enquête auprès de représentants des autres provinces indiquent cependant que de façon générale, le nombre d'équipements de haute technologie par million d'habitants ne placerait pas le Québec en retard, par rapport à l'Ontario et à l'ensemble du Canada.

COMPARAISONS INTERPROVINCIALES DU NOMBRE DE CERTAINS ÉQUIPEMENTS DE HAUTE TECHNOLOGIE PAR MILLION D'HABITANTS, 1991

	Québec	Ontario	Canada
Radiothérapie	4,11 (5,40 d'ici 1995)	4,17	4,40
Tomodensitométrie	8,51	6,20	7,23
Résonance magnétique	1,03	1,22	1,12
Lithotritie	0,44	0,20	0,41
Chirurgie extra-corporelle[1].	2,64	2,74	2,39

1. Nombre de salles ou équivalents-salles de chirurgie extra-corporelle par million d'habitants.

Ces informations ne couvrent qu'une partie du parc technologique et elles ne tiennent pas compte, notamment, de l'état de désuétude des équipements. À cet égard, mentionnons que les divers types d'équipements sont souvent renouvelés par «vagues» successives. Le rythme différent d'usure et de remplacement prioritaire des équipements technologiques, par types d'équipements, rend possible l'existence de disparités temporaires pour des types d'équipements spécifiques (avances ou retards) à un moment donné. Ainsi, certains types d'équipements manifestent actuellement un état d'usure relativement avancée et d'importantes mesures sont prévues dans la Réforme en matière d'acquisition de technologies pour moderniser ces équipements. Soulignons en particulier le rattrapage important en cours en ce qui concerne les équipements de radiothérapie, qui sont présentement les équipements les plus désuets de notre parc technologique. Cependant, de façon générale, le parc technologique québécois, à notre connaissance, apparaît être relativement moderne et évoluer sensiblement au rythme de celui de l'ensemble du Canada.

1.9 Conclusion

1.9.1 Par rapport aux besoins : des ressources relativement comparables et suffisantes

Bien sûr, ces diverses comparaisons ne signifient pas que l'allocation interne actuelle des ressources dans le réseau soit optimale, que leur utilisation soit toujours efficiente, ni que leurs sources de financement demeurent appropriées au nouveau contexte économique et financier du Québec. Ces questions seront abordées plus loin.

Cependant, ces comparaisons permettent d'établir des faits importants pour appuyer les jugements que l'on doit porter concernant la détermination du niveau global approprié des ressources consacrées aux services sociaux et de santé.

Outre ces faits, le jugement du Ministère s'appuie également sur l'objectif fondamental que la société et le gouvernement ne doivent pas perdre de vue : contribuer, par des moyens disponibles appropriés aux circonstances, à améliorer les conditions de santé et de bien-être de l'ensemble des citoyens. Cet objectif doit être poursuivi le plus efficacement possible, compte tenu de la contribution relative des divers moyens disponibles pour réaliser cet objectif; il doit en même temps être poursuivi en tenant compte de la richesse collective des citoyens, ainsi que de l'état du développement du Québec et du potentiel de croissance de l'économie.

Cette dernière condition apparaît en effet nécessaire non seulement pour assurer la continuité de l'action sociale et sanitaire du Ministère et des intervenants du réseau, mais également pour permettre aux générations futures de pouvoir continuer à bénéficier des services sociaux et de santé dont nous disposons, et à améliorer leurs conditions générales de santé et de bien-être.

Sur le plan de la détermination des ressources globales consacrées aux services sociaux et de santé, le Ministère constate qu'indépendamment des questions d'allocation et d'utilisation, les ressources financières disponibles per capita ont atteint des niveaux qui sont relativement comparables à ceux des autres provinces et des autres pays industrialisés, compte tenu de l'état de développement et de la situation du Québec. La dotation globale des ressources physiques, humaines et technologiques apparaît également suffisante pour permettre de satisfaire les besoins des Québécois et des Québécoises au niveau des standards canadiens, qui figurent parmi les meilleurs.

Cependant, le fait que les ressources consacrées à la santé et aux services sociaux soient ainsi globalement suffisantes n'exclut pas qu'il existe des files d'attente qui se développement à certains moments. C'est le cas présentement dans certains secteurs, tels que la dialyse rénale, la chirurgie cardiaque, les services de protection de la jeunesse, etc. À cet égard, il convient de mentionner que l'on ne possède pas de statistiques comparatives sur les phénomènes des listes d'attente, qui sont présents également dans les autres provinces.

En fait, ces phénomènes sont présents dans tous les systèmes publics offrant une couverture universelle des services. Même si l'on pouvait investir 1 milliard $, il est probable que des listes d'attente demeureraient. Les listes d'attente représentent en quelque sorte le revers de l'avantage fondamental de notre système : une chance égale pour tous à l'accessibilité aux services. Ce désavantage inévitable doit donc être mis en perspective avec l'autre solution : un système non universel où une partie des citoyens, généralement les plus démunis, n'ont pas les moyens de s'inscrire sur la «liste d'attente», d'où des délais réduits. Le système que se sont donné les Québécois et les Québécoises n'est pas basé sur ce principe de la richesse, mais sur celui de la solidarité. C'est pourquoi le système cherche constamment, au cours des années, à améliorer la «gestion» des files d'attentes qui en résultent, notamment par une meilleure orientation des bénéficiaires et en accordant priorité aux cas selon

leur degré de gravité. Malgré les efforts constants qu'il exige et les désagréments qui peuvent en résulter, ce système, de l'avis général, permet dans l'ensemble d'assurer les soins de santé médicalement requis à tous les citoyens du Québec à un coût raisonnable.

1.9.2 Par rapport à l'économie : une part de la richesse collective relativement élevée, à ne pas dépasser

Au cours des dernières années, de façon globale, il n'y a pas eu sous-budgétisation des services sociaux et de santé au Québec. Les ressources totales **per capita** apparaissent relativement comparables à celles des autres provinces. Il n'y a pas non plus de dérapage des dépenses **per capita**, celles-ci ayant été relativement bien contrôlées, par rapport à celles dans les autres provinces. Cependant, la part du **PIB** prélevée aux fins des services sociaux et de santé, bien qu'elle s'explique par le contexte nord-américain du Québec et qu'elle reflète les caractéristiques du régime canadien de santé , atteint un niveau déjà relativement élevé vis-à-vis les autres provinces et pays industrialisés. Or, l'on doit tenir compte de la concurrentialité internationale accrue et de la diversification des marchés auxquels est et sera de plus en plus confrontée l'économie du Québec, ce qui milite en faveur d'un secteur public efficace et d'un régime fiscal compétitif.

Dans les nouvelles perspectives économiques du Québec, la prudence s'impose donc, et il y aurait lieu de considérer qu'une croissance supérieure au PIB, dans l'avenir, détériorerait la concurrentialité de son économie et, par conséquent, le potentiel de développement du Québec.

Une croissance des dépenses plus rapide que le PIB pourrait ainsi affecter la source «économique» qui est un des facteurs déterminants de l'état de santé et de bien-être des individus, ainsi que la capacité de payer les services dont les Québécois et les Québécoises pourront bénéficier dans l'avenir.

Il importe cependant de souligner, tel qu'il sera démontré à la section III, que le niveau actuel des dépenses des services sociaux et de santé et leur évolution apparaissent incompatibles avec la situation des finances publiques du Québec et avec les objectifs budgétaires du gouvernement. Aussi, une croissance des dépenses supérieure à celle de la capacité financière du gouvernement pourrait affecter négativement la concurrentialité de l'économie québécoise.

1.9.3 Par rapport aux objectifs fondamentaux de la santé : des choix collectifs qui restent à préciser

Par ailleurs, diverses études ont déjà démontré que depuis la mise en place du système public de santé au début des années 70, les per-

formances du Québec telles que mesurées par les indicateurs des conditions de santé générales ont atteint des niveaux parmi les plus élevés des pays développés. C'est avec raison que les Québécois et les Québécoises peuvent être fiers des résultats obtenus. Cependant, à ce niveau de performance atteint, il convient de s'interroger sur l'importance relative des gains supplémentaires que l'on peut espérer d'une intensification sans limite des services publics dispensés par bénéficiaire.

Actuellement en effet, les dépenses de santé, en termes réels (IPC + 3 %), évoluent plus rapidement que les besoins dus exclusivement à l'évolution de la population et à l'effet de son vieillissement. Or, les niveaux de dépenses per capita sont déjà parmi les plus élevés, de même que les indicateurs généraux de santé, toutes choses étant relatives; les ressources humaines, physiques et technologiques sont de haute qualité et relativement suffisantes dans l'ensemble.

Simultanément, de grandes disparités dans l'état de santé et de bien-être subsistent et se développent à l'intérieur de la société québécoise; ces disparités résistent-elles aux interventions du réseau du fait qu'elles seraient liées essentiellement au statut socio-économique des citoyens, à leur environnement, ainsi qu'à leurs habitudes de vie?

Alors que la société québécoise vit des bouleversements socio-économiques internes très importants (pauvreté, décrochage scolaire, dislocations familiales, etc.) et une restructuration de son économie et de ses marchés, devrait-on continuer dans l'avenir à investir les nouvelles ressources qu'engendrera la croissance de l'économie, pour la santé et les services sociaux, presque entièrement en aval, dans les services du réseau, alors que des problèmes sociosanitaires à résoudre semblent se développer de plus en plus en amont, du côté des conditions socio-économiques, des comportements, des difficultés d'adaptation et des habitudes de vie des citoyens?

Le Ministère ne peut actuellement à lui seul répondre à ces questions fondamentales. Aussi, il profite de l'occasion que lui fournit le présent débat pour les soumettre à la réflexion des Québécois et des Québécoises.

Il est important toutefois de mentionner que cette remise en question ne remet pas en cause l'importance de maintenir les acquis sociaux du Québec ni la grande compétence des ressources de notre réseau à apporter les meilleures solutions possibles pour corriger ou pallier aux problèmes qui leur sont adressés par les citoyens. Les services d'intervention de notre réseau constituent sans doute la réponse la plus appropriée à un vaste ensemble des problèmes sociaux et de santé actuels au Québec. Elle remet simplement en cause l'opportunité stratégique de concentrer pratiquement toutes nos nouvelles ressources disponibles pour corriger, par ce type d'interventions, les conséquences de problèmes qui relèvent de plus en plus de facteurs

généraux déterminants, plutôt que d'intervenir directement sur ces facteurs par d'autres moyens appropriés afin de réduire l'incidence même de ces problèmes.

Cette réorientation de ressources ne pourrait cependant être effectuée dans un court laps de temps. À l'heure actuelle, l'évolution des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux aspire pratiquement toute la marge de manœuvre du gouvernement, et des pressions supplémentaires sur ces dépenses sont même prévisibles. Une telle réorientation des ressources exigerait dans ces circonstances le développement d'une importante marge de manœuvre à l'intérieur même des ressources actuellement consacrées au réseau, afin d'accentuer les activités d'éducation à la santé, de dépistage et de prévention notamment. À court terme, l'on doit aussi tenir compte qu'un ralentissement marqué des dépenses «correctives» de santé risquerait d'entraîner des conséquences négatives importantes.

ALLOCATION ET UTILISATION DES RESSOURCES

Des problèmes d'efficience et d'efficacité à résoudre pour satisfaire les besoins avec les ressources disponibles

Cela étant dit, à l'intérieur de la masse de 12 milliards $ des dépenses sociales et de santé, en avons-nous réellement «pour notre argent»? Peut-on dire que toutes les ressources sont allouées parfaitement? Doit-on considérer également qu'il n'existe plus aucun abus, aucune surconsommation dans leur utilisation? Quel jugement peut-on porter sur ce deuxième grand volet de questions?

2.1 Les modes actuels d'allocation des ressources par le gouvernement entre les dispensateurs de services ne sont pas exempts de lacunes d'efficacité et d'efficience

Dans le cadre des travaux ayant mené à la Réforme, le Ministère a posé, en matière d'allocation des ressources budgétaires, des constats que l'on peut résumer de la façon suivante :

1) les modalités actuelles d'allocation n'assurent pas suffisamment que les ressources consacrées contribueront à résoudre les problèmes prioritaires de santé et les problèmes sociaux de la population, dans le nouveau contexte socio-économique du Québec moderne;

2) les modalités actuelles d'allocation ne redistribuent pas les ressources sur le territoire en tenant compte adéquatement des besoins et des caractéristiques sociosanitaires des populations à desservir; et

3) les modalités actuelles d'allocation ne favorisent pas toujours l'utilisation efficiente des ressources, soit au meilleur coût possible.

Ce triple constat de l'existence de lacunes en ce qui concerne l'efficacité et l'efficience dans les modes actuels d'allocation des ressources mérite quelques explications.

Tout d'abord, le constat d'insuffisance pour ce qui est de l'efficacité. Les modes actuels d'allocation des budgets par le gouvernement sont explicitement fondés sur des objectifs de production anticipée de services et de financement des facteurs de production de ces services : immobilisations, équipements, rémunération, etc. Ainsi, par exemple, la budgétisation actuelle est-elle le plus souvent définie en fonction des objectifs de volumes de services des grandes catégories d'établissements et des coûts de production de ces services. Les ressources allouées par établissement sont par la suite redistribuées parmi les différentes unités de production de services à l'intérieur de chaque établissement en fonction des besoins financiers exprimés par ces différentes unités.

Le problème soulevé d'efficacité des modes actuels d'allocation ne signifie évidemment pas que toutes les ressources sont utilisées inefficacement. Les services sont distribués et les taux de satisfaction des bénéficiaires témoignent de leur qualité générale. Le problème concerné souligne plutôt que la dynamique de ce processus ne s'applique pas à définir explicitement des objectifs précis de santé et ne s'interroge pas systématiquement sur l'efficacité, c'est-à-dire l'aptitude des moyens utilisés à l'intérieur du réseau à contribuer le mieux possible à résoudre les problèmes sociaux et de santé, qui sont en évolution constante, et en fonction de leur importance. Il s'ensuit qu'une partie des ressources est susceptible de ne pas suivre d'assez près l'évolution des besoins dans le temps, et de ne pas ainsi être consacrée aux fins les plus pertinentes. Les avantages sanitaires et socio-économiques découlant des dépenses de santé et de services sociaux se trouvent ainsi ne pas être maximisés.

Ensuite, le constat de mauvaise répartition interrégionale. L'on connaît déjà les problèmes de la répartition géographique des services médicaux. En ce qui concerne les services hospitaliers, d'année en année, les budgets des établissements sont reconduits dans le cadre d'un processus de dotation budgétaire globale sur la base d'indexations uniformisées valables pour tous les établissements, sans même que l'on s'interroge sur leurs bases historiques.

La formule de budgétisation globale comporte des avantages reconnus. Elle est simple à appliquer et elle assure un contrôle efficace de la croissance du budget global disponible pour les hôpitaux. Elle présente cependant, dans son application, des inconvénients importants en matière d'allocation. Notamment, la reconduction mécanique des budgets d'établissements, qui ont été établis sur une base historique, ne permet pas de prendre en compte de façon adéquate l'évolution des besoins des populations desservies et des volumes d'activités. Cette lacune a comme conséquence qu'avec des ressources globales suffisantes, un certain nombre d'établissements peuvent involontairement être désavantagés par rapport aux besoins de leurs clientèles alors que d'autres se trouvent relativement avantagés, ce qui ne favorise pas l'efficacité et l'efficience du système dans son ensemble.

Par ailleurs, cette lacune ne remet pas en cause l'importance pour les établissements de disposer, au niveau de la gestion interne de leurs activités, d'une enveloppe budgétaire globale qui leur permet de faire les réaménagements requis, pour une prestation efficiente et efficace des services.

Ici encore, il serait exagéré d'affirmer que l'ensemble des processus d'allocation des ressources ne tiennent pas compte des besoins des régions. Beaucoup d'efforts sont consacrés à l'amélioration de la situation des régions. Cependant, la sensibilité insuffisante du mécanisme même du budget global à tenir compte de façon explicite de l'évolution des populations et de leurs besoins accentue de façon évidente le problème de l'équité interrégionale dans l'accès aux soins de santé.

Enfin, certains mécanismes d'allocation à la marge ou ponctuels, tels que celui relatif à l'attribution de l'enveloppe du coût du système, qui offre une compensation aux établissements hospitaliers pour l'effet du vieillissement de la population et du progrès technologique, ainsi que les mécanismes utilisés

lors des opérations d'épongement des déficits survenus au cours des dernières années, par exemple, ne tiennent pas compte de la performance relative des établissements (ex. : telle que mesurée par les coûts moyens pour des cas comparables). De ce fait, ces mécanismes n'encouragent pas adéquatement les gestionnaires en fonction des efforts fournis et de leurs succès à améliorer la performance de leurs établissements. Ils ne constituent donc pas un incitatif à produire les services avec efficience, c'est-à-dire au meilleur coût unitaire possible.

2.2 Les profils d'utilisation des ressources n'apparaissent pas généralement abusifs, mais inappropriés pour certaines clientèles et pour certains dispensateurs

La question des «abus» et de la surconsommation est une question régulièrement soulevée dans les débats sur les services de santé.

Tout d'abord, l'on ne dispose pas d'informations permettant d'affirmer qu'il y a consommation abusive systématique de services au Québec et personne n'a pu démontrer l'existence ni mesurer l'ampleur de cette présumée «surconsommation» des bénéficiaires. Les comparaisons disponibles, avec l'Ontario notamment, sont convergentes et suggèrent que de façon globale et relative, la propension à consommer des services au Québec ne serait pas abusive.

L'on doit également considérer que la consommation de services présente des désagréments importants qui contribuent à en limiter les abus (ex. : temps d'attente, etc.). Les services de santé sont aussi généralement consommés non pour la satisfaction directe qu'ils procurent, mais pour aider à résoudre un problème de santé réel ou appréhendé qui menace l'intégrité de la personne. À cet égard, l'utilisation des services pour résoudre une appréhension raisonnable fait partie de la prévention et ne saurait être considérée, a priori, comme un abus. L'on doit également tenir compte du fait que les bénéficiaires ne sont généralement pas en mesure de savoir quand une maladie ou un malaise doit être traité immédiatement et qu'ils n'ont pas grand-chose à dire quant à la façon dont la plupart des dépenses sont engagées. Néanmoins, l'on doit reconnaître que l'accessibilité gratuite des services est sans doute susceptible de favoriser une part de consommation moins réfléchie et moins nécessaire chez certains bénéficiaires.

De l'avis du Ministère, le problème de la consommation de services se pose surtout en termes d'une utilisation inadéquate ou mal orientée des services par des usagers ou des types d'usagers en particulier, ce qui entraîne des coûts qui pourraient être évités :

- le cas le plus évident est celui des médicaments : la dépendance, la «polymédication» et la mauvaise consommation chez un nombre important de bénéficiaires âgés entraînent, en plus d'effets néfastes sur la santé, une utilisation inefficace des ressources ainsi que des coûts supplémentaires d'hospitalisation importants; on estime que près de 20 % des hospitalisations chez les personnes âgées seraient ainsi reliées à des problèmes de consommation mal adaptée de médicaments;

- les services ambulatoires dans les hôpitaux sont plus développés au Québec que dans les autres provinces, alors que les coûts sont plus élevés en établissement qu'en clinique privée ou en CLSC;

- si certaines personnes consultent plus que nécessaire, beaucoup par contre ne consultent pas régulièrement ni en temps approprié lors de l'apparition de symptômes; il en résulte une aggravation des cas, des traitements plus longs et plus coûteux et des probabilités de guérison amoindries;

- la consommation de services dépend également d'une «prise en charge» insuffisante par certains individus de leur santé, en raison d'habitudes de vie dommageables, d'une mauvaise alimentation, etc.

Par ailleurs, la majorité des dépenses de santé sont engagées directement ou indirectement par les médecins et les autres professionnels, au bénéfice de leurs patients. À cet égard, il est connu que l'évolution des dépenses de rémunération est supérieure à l'effet combiné de la croissance des tarifs et de l'évolution démographique. L'augmentation des effectifs médicaux plus rapide que celle de la population, ainsi que le mode de la rémunération à l'acte, entre autres facteurs, sont susceptibles de contribuer à engendrer certains actes moins nécessaires et des coûts supplémentaires par certains dispensateurs ou groupes de dispensateurs, qui pourraient également être évités sans nuire à la qualité des services nécessaires à la population.

Ainsi, les lacunes des modes actuels d'allocation des ressources, par le gouvernement parmi les différents dispensateurs, et l'existence de profils d'utilisation ou d'orientation inappropriée des services par des clientèles particulières et par des dispensateurs, se trouvent conjointement à divertir une partie des ressources disponibles et à réduire l'efficacité globale à solutionner les problèmes. Ces lacunes contribuent à réduire par conséquent les avantages sociosanitaires potentiels de notre système.

L'on doit cependant être conscient que ces questions ne s'adressent pas directement à la détermination des dépenses globales des services sociaux et de santé mais à leur bon «ajustement» («fine tuning»).

Il s'agit ici en effet de bien répartir et d'utiliser adéquatement les ressources disponibles pour «en avoir pour son argent», c'est-à-dire, pour résoudre le plus de problèmes de santé et de bien-être possible, et le mieux possible, compte tenu des ressources disponibles limitées. Cela rejoint également l'esprit de «qualité totale» que doivent désormais poursuivre tous les secteurs de la société québécoise.

Ce bon ajustement des ressources aux besoins est une tâche permanente et il existera toujours un certain degré d'imperfection, en raison notamment de la grande diversité des services, de l'évolution rapide et constante des conditions de santé et des conditions sociales et économiques, ainsi qu'en raison de la liberté d'accès et de pratique inhérente à notre système.

Aussi, les exemples de cas particuliers d'abus ou d'inefficacité et d'inefficience qui se manifesteront toujours devraient être considérés jusqu'à un certain point comme un coût inhérent au système, à mettre en perspective

avec ses avantages intrinsèques, qui leur sont de beaucoup supérieurs. Mais ces cas particuliers doivent également être considérés comme un signal de l'existence de lacunes qui doivent être corrigées, si l'on veut satisfaire le maximum de besoins avec les ressources disponibles.

Ces questions sont très importantes, car la persistance de ces abus ou de ces lacunes d'efficience et d'efficacité aurait comme résultat non seulement de ne pas maximiser à court terme les bénéfices de l'utilisation des ressources disponibles, mais également d'entraîner à moyen et à long terme des pressions indirectes supplémentaires sur la croissance des dépenses. Aussi, comme on verra plus loin, le Ministère s'est imposé résolument, dans le cadre de la Réforme, d'apporter des correctifs aux principales sources d'inefficacité et d'inefficience identifiées dans notre système.

FINANCEMENT DES DÉPENSES

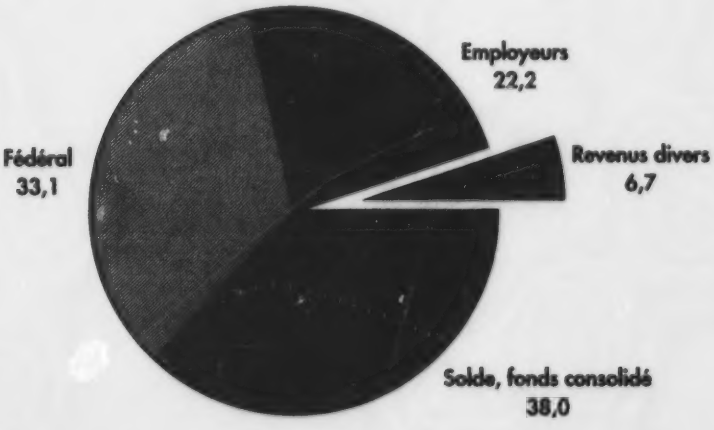
La réduction des dépenses représente un enjeu stratégique pour les finances publiques et l'économie, ainsi qu'un défi majeur pour la poursuite des objectifs fondamentaux de santé et de bien-être; les modalités fiscales des contributions favorisent le sens de la gratuité et n'encouragent pas l'efficience.

3.1 Les dépenses de santé et de services sociaux sont presque entièrement financées par le fonds consolidé du revenu du gouvernement du Québec, avec une participation importante du gouvernement fédéral

Présentement, les revenus perçus au titre du financement autonome du secteur sociosanitaire, soit les contributions des adultes hébergés et les suppléments de chambres, les revenus de tierce responsabilité (CSST, SAAQ) et les frais facturés à des non-résidents, etc., ne couvrent que 6,7 % des dépenses publiques de santé et de services sociaux pour 1991-1992. Le solde, 93,3 %, est financé par le fonds consolidé du revenu du Québec, qui comprend diverses sources de revenus.

Graphique 6

PARTS DES DÉPENSES DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ DU QUÉBEC FINANCÉES PAR DES REVENUS AUTONOMES ET PAR DES SOURCES PROVENANT DU FONDS CONSOLIDÉ DU REVENU, 1991-1992



On peut ainsi estimer qu'en 1991-1992, l'ensemble des dépenses du secteur de la santé et de l'adaptation sociale (incluant la RAMQ) est financé jusqu'à concurrence de 33,1 % par des transferts fédéraux, dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE) et d'autres programmes à frais partagés; 22,2 % par les contributions des employeurs au fonds des services

de santé et 6,7 % par des revenus autonomes. Le solde du financement à pourvoir provient d'autres sources du fonds consolidé, et représente environ 38 % de la facture totale.

3.2 Les dépenses de santé et de services sociaux représentent près du tiers des dépenses budgétaires du gouvernement; la question de leur financement ne peut être isolée de la problématique des finances publiques

Les crédits affectés à la santé et aux services sociaux représentent 31,1 % de l'ensemble des dépenses budgétaires en 1991-1992 et près de 40 % du total des dépenses de programmes. Au cours de la période de 1983-1984 à 1990-1991, ils ont évolué en moyenne au rythme d'IPC + 3,2 %, soit plus rapidement que les crédits alloués aux autres secteurs de dépenses (IPC + 1,6 %, incluant le service de la dette). Notons par ailleurs qu'ils se sont particulièrement accrus en 1990-1991 (IPC + 5,3 %) et en 1991-1992 (IPC + 6 %).

De plus, si l'on considère en particulier les six dernières années, soit de 1985-1986 à 1991-1992, les crédits du secteur de la santé et des services sociaux ont compté pour environ 40 % de la croissance de l'ensemble des dépenses budgétaires du gouvernement.

C'est donc dire que lorsque l'on parle du financement des services sociaux et de santé, l'on ne peut faire abstraction de l'ensemble de la situation financière du gouvernement. C'est pourquoi, considérant l'importance générale majeure de cette question, les pages qui suivent décrivent d'abord la problématique des finances publiques du Québec, afin de bien identifier les enjeux des dépenses et du financement du secteur sociosanitaire. L'on s'interroge enfin sur les conséquences du caractère presque entièrement fiscalisé du financement des services sociaux et de santé, en termes d'aptitude à favoriser l'utilisation efficiente des ressources, ainsi qu'à tenir compte de l'accessibilité aux services nécessaires et de la capacité de payer des individus.

3.3 La problématique des finances publiques

3.3.1 Le passé récent : une amélioration jusqu'à la récession de 1990-1991, suivie de difficultés en 1990-1991 et en 1991-1992

Le document *L'urgence d'un redressement*, publié par le ministre des Finances en mars 1986, posait trois principaux constats, à savoir :

- que le Québec avait accumulé au fil des ans une dette importante, dont une partie substantielle avait servi à financer des dépenses courantes et non des investissements, et qui grugeait une portion croissante des ressources de l'État simplement pour en assumer les intérêts;

- que le niveau des dépenses publiques au Québec était trop élevé par rapport à sa capacité de payer;

- qu'en conséquence, le fardeau fiscal des Québécois était beaucoup plus lourd que celui des Ontariens.

En 1986, un redressement s'imposait donc et le gouvernement a retenu les orientations suivantes :

- un régime fiscal plus concurrentiel et mieux adapté pour favoriser la croissance économique;

- un contrôle serré des dépenses publiques pour les ramener à un niveau compatible avec la capacité de payer de la société québécoise;

- une amélioration de la situation financière, ce qui nécessitait de réduire le déficit et d'équilibrer le solde des opérations courantes.

Afin de concrétiser ces orientations de redressement, le gouvernement a d'abord veillé à ce que le fardeau fiscal cesse d'augmenter comme au cours des quinze années précédentes. Ainsi, les revenus autonomes du gouvernement ont été stabilisés à 16,0 % du PIB en 1989-1990, alors qu'ils avaient antérieurement progressé de 11,9 % du PIB en 1970-1971 à 16,3 % en 1985-1986. Pendant que les revenus autonomes étaient ainsi plafonnés au Québec, des hausses d'impôts et de taxes étaient décrétées en Ontario. L'écart de fardeau fiscal entre le Québec et l'Ontario s'est en conséquence considérablement rétréci, passant de 10,5 % en 1985 à 3,5 % en 1989.

De plus, le gouvernement a adopté une série de mesures fiscales pour favoriser la croissance économique, dont les plus importantes ont été les suivantes :

- **mesures favorisant l'incitation au travail** : réforme en profondeur des programmes de la sécurité du revenu afin d'aider les bénéficiaires à réintégrer le marché du travail, création du programme APPORT, harmonisation de la fiscalité avec ces programmes;

- **réforme majeure du régime fiscal des particuliers en 1988** : baisse des taux marginaux d'imposition, ce qui a permis de réduire l'écart du taux marginal maximum entre le Québec et l'Ontario de 10,1 % en 1985 à 2,6 % en 1989;

- **réforme de la taxe de vente du Québec** qui rendra les entreprises québécoises davantage compétitives sur les marchés internationaux en éliminant entièrement la taxe sur leurs achats de biens et matériel servant à la production;

- **mesures spécifiques axées sur les déterminants de la croissance économique** (recherche et développement, formation de la main-d'œuvre, investissement et capital de risque).

En parallèle à l'adoption de ces mesures fiscales, le gouvernement a resserré le contrôle des dépenses. Les mesures de rationalisation appliquées en 1986-1987 ont fait en sorte que la croissance des dépenses a été inférieure de 1,1 % à l'inflation de cette année-là. De 1986-1987 à 1989-1990, leur croissance n'a excédé l'inflation que de 1,3 %. Il s'agit d'une performance comparable à celle de la période 1980-1981 à 1985-1986 et de loin meilleure que celle qu'on avait connue au cours des années précédentes. En conséquence, le ratio dépenses budgétaires/PIB a été réduit de 25,3 % en 1985-1986 à 22,0 % en 1989-1990.

Ce contrôle serré des dépenses, combiné à une forte croissance économique, a permis d'améliorer la situation financière du gouvernement. Divers indicateurs font d'ailleurs état d'un redressement appréciable jusqu'en 1989-1990, dernière année financière précédant le ralentissement économique.

- On a assisté à une **réduction importante du déficit et des besoins financiers nets**. Le déficit est ainsi passé de plus de 3 344 millions $ en 1985-1986 à 1 659 millions $ en 1989-1990 alors que les besoins financiers nets ont baissé de 1 671 millions $ à 816 millions $;

- **le ratio dette/PIB**, qui avait augmenté de façon importante depuis le milieu des années 70, **a été stabilisé** et a même diminué légèrement, passant de 29,3 % en 1985-1986 à 27,7 % en 1989-1990;

- cette stabilisation du ratio dette/PIB a également permis de **stabiliser la part des revenus budgétaires à consacrer aux paiements des intérêts sur la dette**;

- **on s'est approché de l'équilibre du compte des opérations courantes** qui est passé d'un déficit de 2 075 millions $ en 1985-1986 à 430 millions $ en 1989-1990, la meilleure performance depuis 1977-1978.

Malgré les efforts importants qui ont été faits jusqu'en 1989-1990 pour redresser les finances publiques, l'assainissement n'était pas encore complété lorsque la récession est survenue, comme le montre la persistance d'un déficit au compte des opérations courantes.

Trois facteurs se sont conjugués pour détériorer la situation en 1990-1991 et 1991-1992 :

- **la récession économique** a ralenti la progression des revenus autonomes et gonflé la croissance des programmes de dépenses sensibles à la conjoncture;

- **les transferts fédéraux** n'ont pas compensé l'impact de la conjoncture défavorable comme ils l'auraient dû :

  - l'application du plafond à la péréquation a entraîné un manque à gagner très important pour le Québec (près de 800 millions $ en 1990-1991);

  - les coupures au financement des programmes établis (FPE) : la contribution de base par habitant au titre du FPE a été gelée pour cinq ans au niveau de celle de 1989-1990, provoquant une diminution annuelle de la contribution financière effectivement versée;

- **des pressions importantes se sont exercées sur les dépenses** : comparativement à la période 1986-1987 à 1989-1990 où la croissance des dépenses était égale à IPC + 1,3 %, elles s'est accélérée à IPC + 3 % à compter de 1990-1991. Bien que cette croissance puisse s'expliquer en partie par les effets de la conjoncture sur les dépenses (sécurité du revenu et autres) ainsi que par la hausse des coûts de programmes prioritaires, elle reflète surtout la difficulté de contraindre les dépenses uniquement par des réaménagements des ressources, sans que ne soient remis en cause les services existants.

Compte tenu de ces circonstances, le gouvernement a dû adapter sa gestion des finances publiques de la manière suivante :

- **le déficit** a été haussé pour compenser l'effet de la conjoncture sur les revenus et les dépenses;

- **les revenus autonomes** ont été haussés pour financer l'augmentation structurelle des dépenses. Le gouvernement a dû se résoudre à augmenter les impôts et taxes pour financer la hausse des dépenses qui n'était pas reliée à la conjoncture. C'est ainsi que la part des revenus autonomes dans le PIB a été portée de 16,0 % en 1989-1990 à 16,8 % en 1991-1992. L'écart de fardeau fiscal entre le Québec et l'Ontario est ainsi passé de 3,5 % à 7,5 % en 1991.

En résumé, l'impact de la récession sur les revenus et les dépenses, le plafonnement des transferts fédéraux et l'accélération de la croissance des dépenses ont occasionné un recul par rapport aux améliorations obtenues jusqu'en 1989-1990. Les indicateurs apparaissant au tableau 7 illustrent en effet une certaine détérioration des ratios des dépenses, du déficit et du solde des opérations

courantes en pourcentage du PIB (sans toutefois revenir au niveau de 1985-1986) et une détérioration plus marquée des ratios dette en pourcentage du PIB et dépenses d'intérêts en pourcentage des revenus budgétaires, en raison du cumul de la dette.

Tableau 7

ÉVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, DE 1970-1971 À 1991-1992

	1970-71	1975-76	1980-81	1985-86	1989-90	1991-92
Déficit						
• en millions $	-135	-928	-3 450	-3 344	-1 659	-3 880
• en % du PIB	(0,6)	(2,3)	(4,8)	(3,1)	(1,1)	(2,4)
Besoins financiers nets (en millions $)	-190	-406	-2 300	-1 671	-816	-2 500
Dette totale/PIB (en %)	11,0	12,5	20,3	29,3	27,7	31,0
Dépenses d'intérêts/ revenus budgétaires[2]	N/D[1]	N/D[1]	13,4	17,3	16,6	17,4
Solde des opérations courantes						
• en millions $	+303	+53	-2 530	-2 075	-430	-2 443
• en % du PIB	(1,3)	(0,1)	(3,5)	(1,9)	(0,3)	(1,5)

(1) Les données relatives aux subventions pour service de la dette ne sont pas disponibles avant 1979-1980. Les intérêts sur la dette totale représentaient 4,7 % des revenus en 1970-1971 et 4,8 % en 1975-1976.
(2) Incluant les intérêts sur la dette totale et les subventions pour paiements d'intérêts.
Source : ministère des Finances du Québec.

3.3.2 L'état de la situation

Le gouvernement fait donc face encore aujourd'hui à des problèmes sérieux de finances publiques, à savoir : des contraintes financières importantes ainsi qu'un fardeau fiscal trop élevé et augmenté sensiblement depuis deux ans; une stagnation des transferts fédéraux, entraînant une croissance des revenus budgétaires inférieure à celle du PIB; et enfin, un niveau de dépenses encore trop élevé et évoluant trop rapidement.

DES CONTRAINTES FINANCIÈRES IMPORTANTES : UNE DETTE, UN SERVICE DE DETTE ET UN DÉFICIT DES OPÉRATIONS COURANTES TROP ÉLEVÉS.

L'endettement accumulé dans le passé limite singulièrement la latitude du gouvernement dans l'établissement des choix budgétaires. Sur la base du PIB, la dette du Québec est en effet l'une des plus élevées parmi les provinces canadiennes. Le ratio dette/PIB du Québec en 1989-1990 s'élevait à 27,7 %, comparativement à seulement 14,4 % pour l'Ontario. Ce lourd héritage, qu'il doit assumer, restreint la marge de manœuvre du gouvernement quant au niveau de déficit qu'il peut continuer de supporter sur plusieurs années.

Il y a en effet une limite à la capacité d'emprunt du gouvernement sur les marchés financiers. Le recours systématique à l'endettement risquerait d'accroître les taux d'intérêts sur les emprunts et de réduire davantage la capacité d'emprunt du gouvernement et des sociétés d'État. L'accès à plusieurs marchés financiers pourrait devenir beaucoup plus difficile qu'actuellement.

Une dette aussi élevée signifie évidemment des paiements d'intérêts substantiels. Si l'on tient compte des subventions pour paiements d'intérêts versées à des organismes du secteur public, c'est un montant total de près de 6,1 milliards $ qui sera consacré aux paiements d'intérêts par le gouvernement du Québec en 1991-1992, soit 17,4 % de ses revenus.

Ce niveau atteint par les dépenses d'intérêts entrave sérieusement la capacité de dépenser du gouvernement. Sur la base du PIB, on évalue à 3 257 millions $ la dépense additionnelle du Québec en intérêts par rapport à l'Ontario.

Pour illustrer jusqu'à quel point cet écart de service de dette constitue une entrave, on peut le comparer aux montants que le Québec reçoit en vertu du programme de péréquation. La péréquation doit normalement permettre aux provinces moins riches d'offrir des services publics comparables aux autres provinces, sans devoir recourir à des taux de taxation plus élevés. Compte tenu de l'héritage du passé, on en arrive à la situation pour le moins paradoxale où 86 % de la péréquation reçue par le Québec sert à payer l'excédent de 3 257 millions $ de service de dette par rapport à l'Ontario. Ainsi, le programme de péréquation ne permet plus au gouvernement du Québec d'offrir des services comparables à ceux des autres provinces à des taux de taxation comparables, comme c'est l'objectif, puisqu'il sert plutôt à payer des services passés, c'est-à-dire des intérêts sur la dette.

Par ailleurs, en 1991-1992, avec le niveau de déficit budgétaire prévu à la synthèse des opérations financières au 30 septembre 1991 (3 880 millions $), le gouvernement du Québec se trouvera à emprunter 2,4 milliards $ de plus que le montant qu'il consacre à ses immobilisations. Ce déficit au solde des opérations courantes est acceptable en période de récession, mais il est important qu'il

soit résorbé dès que l'économie amorce une période de croissance afin d'éviter d'accumuler des dettes pour financer des dépenses courantes, comme ce fut le cas depuis 1977-1978. En effet, les déficits ainsi accumulés au compte des opérations courantes entraînent une dépense d'intérêts substantielle que le gouvernement doit assumer à chaque année pour financer des services passés. Ce montant consacré aux dépenses d'intérêts n'est pas disponible pour financer les services requis aujourd'hui.

UN FARDEAU FISCAL TROP ÉLEVÉ ET AUGMENTÉ SENSIBLEMENT DEPUIS DEUX ANS.

Le gouvernement dispose également d'une marge de manœuvre restreinte en ce qui concerne la fiscalité. Plusieurs impôts et taxes ont en effet été augmentés au Québec au cours des dernières années.

À cet égard, mentionnons les mesures fiscales introduites en 1990-1991, le transfert des responsabilités aux niveaux municipal et scolaire, ainsi que les majorations des prélèvements auprès des corporations (taxes sur le capital, sur la masse salariale et impôt sur les profits). Les taxes sur les carburants, sur les tabacs et sur les boissons alcooliques ont également été marquées par des hausses importantes.

De plus, **une démarche plus systématique de tarification** des différents biens et services produits par le gouvernement a été mise en application depuis 1985 afin de récupérer en tout ou en partie les coûts de production de ces services auprès des clientèles concernées. Il s'agit d'un plan de tarification qui touche l'ensemble des ministères et organismes du gouvernement. Les revenus de tarification ont ainsi affiché une croissance annuelle moyenne de 10,8 %.

L'ensemble de ces mesures a conduit à une hausse sensible du fardeau fiscal des Québécois et des Québécoises. Au total, la part des revenus autonomes du gouvernement dans le PIB passera ainsi de 16 % en 1989-1990 à 16,9 % en 1992-1993. Suite à ces augmentations, qu'en est-il de la concurrentialité de notre régime fiscal, particulièrement vis-à-vis l'Ontario et les États-Unis, qui sont nos principaux concurrents?

À cet égard, rappelons que l'impôt sur le revenu des particuliers, qui représente la principale source des revenus autonomes du gouvernement, n'a pas pour sa part alourdi le fardeau fiscal des citoyens, suite à son indexation continue et aux mesures adoptées depuis 1985 (dont la réforme de 1988). Cependant, la situation actuelle ne permet pas d'y recourir davantage pour financer les dépenses. En effet, le Québec prélèvera déjà au titre de cet impôt 2,6 milliards $ de plus que l'Ontario en 1991, sur une base comparable.

Il ne faut pas non plus oublier qu'à la suite des réformes fiscales effectuées aux États-Unis (1986) et malgré celle mise en place au Québec (1988), le régime fiscal québécois est devenu moins compétitif qu'il ne l'était par rapport au régime américain. D'une

part, le régime américain d'imposition des particuliers demeure généralement plus favorable que le régime canadien (déduction des intérêts sur la résidence principale par exemple). D'autre part, l'écart entre les taux d'imposition maximums est maintenant de l'ordre de 17 % en faveur des États-Unis, alors qu'il était de 7 % en 1986.

Le maintien d'un fardeau fiscal trop lourd viendrait donner le signal que les investissements, si nécessaires à l'adaptation et à la restructuration de l'économie, seront dans l'avenir moins rentables au Québec et ce, à un moment fort inopportun.

Dans le contexte actuel d'ouverture des marchés et de libéralisation continue des échanges internationaux, les entreprises n'auront d'autres choix que d'investir davantage dans la modernisation de leurs équipements, dans la recherche et le développement, et dans la formation de la main-d'œuvre et les nouvelles technologies afin d'accroître leur productivité. Un régime fiscal non concurrentiel compromettrait ces investissements, qui risqueraient de se diriger ailleurs au détriment de la compétitivité de l'économie du Québec. Par ailleurs, une hausse du fardeau fiscal, qui servirait à financer une croissance trop élevée des dépenses publiques, aurait comme conséquence que les bénéfices escomptés de l'amélioration de la compétitivité découlant des investissements ne pourraient se traduire, tel qu'attendu, sous forme de création d'emplois et de croissance économique.

C'est donc l'ensemble du régime fiscal qui est aujourd'hui soumis à des contraintes devenues déterminantes. Le gouvernement devant rendre le régime fiscal plus compatible avec les objectifs de développement économique, il reste donc peu de possibilités de hausses de revenus fiscaux.

Or, sans augmentation de la fiscalité, la croissance des revenus autonomes est équivalente à celle du PIB, ce qui limite la marge de manœuvre du gouvernement.

UNE STAGNATION DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Une autre contrainte financière de plus en plus importante découle de la stagnation des transferts en provenance du gouvernement fédéral. En 1990-1991, les transferts fédéraux ne représentaient plus que 21,2 % des revenus budgétaires comparativement à 28,9 % en 1983-1984. La dynamique actuelle, jumelée aux coupures additionnelles du dernier budget fédéral, pourrait réduire cette part à seulement 18 % en 1993-1994.

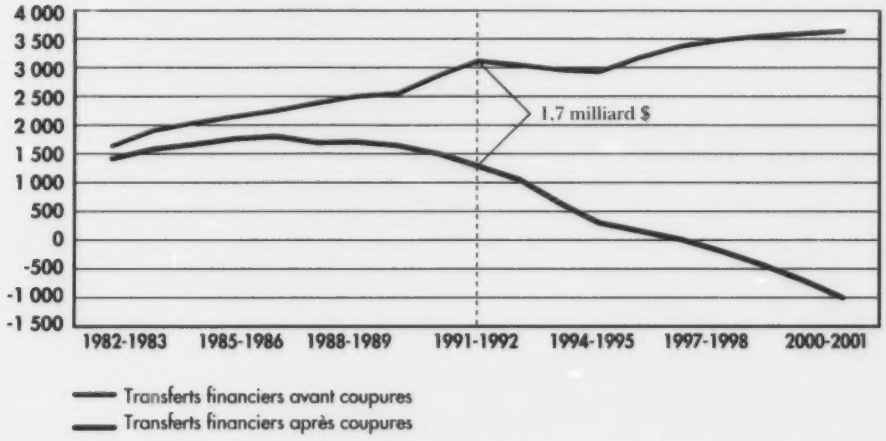
Plus spécifiquement, depuis 1982, le gouvernement fédéral s'est désengagé progressivement du financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire. Encore récemment, dans les budgets fédéraux de février 1990 et de février 1991, la contribution de base par habitant a été gelée au niveau de celle de 1989-1990 pour les années financières 1990-1991 à 1994-1995.

Or, les coupures égales par habitant touchent plus durement les provinces moins bien nanties. En effet, le revenu moyen des contribuables de ces provinces étant plus faible que celui des contribuables des provinces mieux nanties, leurs gouvernements disposent d'une capacité moins grande à prélever des impôts, même après péréquation. Les provinces moins bien nanties, comme le Québec, doivent ainsi augmenter leurs taux de taxation plus que les autres provinces afin de maintenir les services qu'elles fournissent à la population.

Au Québec, le manque à gagner résultant de l'ensemble des mesures prises au FPE depuis 1982 s'élèvera à 1,7 milliard $ pour l'année financière 1991-1992. L'impact de ces coupures, conjugué à un transfert fiscal sans cesse croissant, entraînera vraisemblablement un transfert financier nul ou même négatif d'ici 1997-1998.

Graphique 7

FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS : IMPACT DES COUPURES FÉDÉRALES SUR LES TRANSFERTS FINANCIERS, QUÉBEC (BASE D'EXERCICE EN MILLIONS $)



Source : Ministère des Finances du Québec, Budget 1991-1992, *Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Québec, mai 1991.

UNE CROISSANCE DES REVENUS BUDGÉTAIRES INFÉRIEURE À CELLE DU PIB

Étant donné que les revenus autonomes, sans augmentation du régime fiscal, croissent généralement au même rythme que le PIB alors que les transferts fédéraux stagnent, il s'ensuit que la croissance de l'ensemble des revenus budgétaires du gouvernement du Québec est inférieure à celle du PIB. Compte tenu de cette croissance limitée, la nécessité d'équilibrer les opérations courantes signifie que les dépenses budgétaires du gouvernement devraient croître moins rapidement que le PIB, à savoir au rythme d'IPC + 1 %. Or, comme l'a indiqué l'annexe E du Discours sur le budget 1990-1991, les dépenses tendent actuellement à croître à un rythme égal à IPC + 3 %, ce qui est plus élevé que la croissance des revenus budgétaires. Il en résulte une impasse budgétaire de l'ordre de 2 % des dépenses que le gouvernement doit régler annuellement.

UN NIVEAU DE DÉPENSES BUDGÉTAIRES TROP ÉLEVÉ PAR RAPPORT AU PIB

Au cours des dernières années. le contrôle des programmes a entraîné une amélioration importante de la situation relative des dépenses budgétaires du Québec par rapport à celles de l'Ontario. Cependant, malgré ces efforts et l'amélioration de la situation depuis 1985-1986, les dépenses totales du secteur public québécois par rapport au PIB (ce qui comprend le gouvernement provincial, les commissions scolaires et les administrations municipales) sont encore relativement trop élevées. Le gouvernement doit assumer une charge permanente, soit le service de la dette, qui est beaucoup plus élevée en proportion du PIB au Québec qu'en Ontario. Ainsi, sur la base du PIB, les dépenses du secteur public québécois étaient, après avoir tenu compte des sommes reçues en vertu du programme de péréquation, supérieures de 14 % en 1990-1991 et de 11 % en 1991-1992 à celles de l'Ontario. Cet écart représente un montant total supplémentaire de l'ordre de 4,5 milliards $ pour le secteur public québécois, par rapport à celui de l'Ontario.

Pour éviter que le secteur privé au Québec ait à supporter un fardeau fiscal plus élevé qu'en Ontario, la part de l'ensemble des dépenses publiques dans le PIB devrait être ramenée à un niveau comparable à celui de l'Ontario. Comme l'économie québécoise est moins riche, les programmes devront donc être ajustés de façon à ce qu'ils soient encore moins coûteux qu'en Ontario sur une base per capita, pour maintenir un fardeau fiscal comparable.

En ce qui concerne le secteur de la santé, les dépenses per capita du Québec devraient ainsi mathématiquement se situer à un niveau inférieur de 18,6 % par rapport à l'Ontario, compte tenu de l'écart de la richesse collective, plutôt que de 5,4 % (observé en 1987). Un tel écart représenterait un montant total de l'ordre de 1,4 milliard $ en 1991-1992, soit un montant deux fois supérieur à l'ensemble des dépenses des programmes complémentaires administrés par la RAMQ. Ce montant illustre l'ampleur du défi à relever.

UNE CROISSANCE RELATIVEMENT TROP RAPIDE DES DÉPENSES BUDGÉTAIRES

En 1990-1991 et 1991-1992, la croissance des dépenses budgétaires s'est élevée à IPC + 3 %. Or, cette croissance accélérée semble vouloir se maintenir au cours des prochaines années. Comme l'expliquait le ministre des Finances au moment du Discours sur le budget 1990-1991, les pressions qui s'exercent annuellement sur les dépenses gouvernementales tendent à les faire évoluer automatiquement à ce rythme, à moins que des mesures de réduction ne soient mises en vigueur.

Le secteur de la santé et des services sociaux est celui qui contribue le plus à cette tendance. De 1985-1986 à 1991-1992, les dépenses de ce secteur ont compté pour environ 40 % de la croissance de l'ensemble des dépenses budgétaires, alors qu'elles occupent une part de 31,1 % des dépenses gouvernementales en 1991-1992.

Le Québec ne peut supporter un taux de croissance des dépenses aussi élevé sans entraîner une détérioration additionnelle de ses finances publiques et ce, en raison des contraintes financières importantes auxquelles il fait face et qui ont été décrites dans les pages précédentes : endettement et niveau du service de la dette élevés, fardeau fiscal élevé qui a été augmenté considérablement depuis deux ans, stagnation des transferts fédéraux, croissance des revenus budgétaires inférieure à celle du PIB, niveau de dépenses encore trop élevé par rapport à l'Ontario et déficit devant être réduit avec la reprise économique. C'est en tenant compte de l'ensemble de ces éléments que la prévision de revenus ainsi que l'objectif de réduction du déficit ont été établis au moment du Discours sur le budget 1991-1992; puisque les revenus et le déficit constituent le financement des dépenses, ceci a permis alors d'établir le maximum possible de croissance des dépenses à IPC + 1 % et conséquemment, de déterminer les objectifs de dépenses pour 1992-1993 et 1993-1994, tel que présenté à l'annexe B du Discours sur le budget 1991-1992.

L'atteinte de cet objectif de dépenses gouvernementales implique des réductions de plus de 1,2 milliard $ en 1992-1993 et de 400 millions $ additionnels en 1993-1994, par rapport à la prévision avant budget.

3.3.3 Les choix budgétaires à compter de 1992-1993 et la nécessité d'agir rapidement

Placé devant une problématique difficile des finances publiques, le gouvernement se doit d'agir avec vigueur et célérité pour éviter une dégradation additionnelle qui viendrait empirer le recul entraîné par la récession.

Pour permettre à l'économie québécoise de conserver sa position enviable dans l'économie mondiale et pour obtenir la création d'emplois à laquelle aspirent les Québécois et les Québécoises, il est impératif que l'ensemble de l'économie s'adapte et renforce son niveau de compétitivité le plus rapidement possible. Cependant, il est clair que le secteur privé ne peut assurer seul ce mouvement et que le secteur public, étant donné sa taille et son rôle stratégique dans plusieurs domaines, doit aussi contribuer à l'effort global d'adaptation.

Le secteur public a un rôle majeur à jouer dans un tel contexte. Tout d'abord, sur le plan financier, il faut viser à ce que le solde des opérations courantes devienne positif dans les meilleurs délais afin de compenser les déficits plus élevés encourus lors de la dernière récession. Il faut que le gouvernement se dégage une flexibilité financière suffisante pour faire face au prochain ralentissement, qui surviendra tôt ou tard. Ceci est la seule façon de s'assurer qu'on ne reportera pas indéfiniment sur les générations futures le financement des services dont bénéficie la génération actuelle. C'est aussi la seule façon de garantir un fardeau fiscal concurrentiel pour l'avenir.

Il est important en second lieu de minimiser le poids de la fiscalité dans l'économie québécoise. Chaque amélioration à ce titre représente une possibilité supplémentaire de croissance économique et la création de nouveaux emplois. Il est donc absolument nécessaire de gérer les dépenses en fonction de la capacité de payer de la société québécoise.

Le Québec n'est pas la seule société à être confrontée à un tel défi. La plupart des gouvernements des grands pays industrialisés font face à des problèmes de déséquilibres budgétaires, conjugués à des demandes pressantes de la part de leur population, qui minent, à terme, leur potentiel de développement économique. Si le secteur public québécois veut relever le défi, il doit non seulement accroître l'efficacité dans la production des services publics, mais également revoir la taille même du secteur public ainsi que ses modes de financement.

3.4 Les enjeux du financement des services sociaux et de santé

3.4.1 Un élément stratégique pour l'assainissement des finances publiques et pour l'économie

Le respect de l'objectif de croissance de l'ensemble des dépenses à IPC + 1 % sera contraignant. À cet égard, il est clair que les choix qui seront faits dans le secteur de la santé, qui représente près de 40 % des dépenses de programmes, auront des implications importantes pour les finances publiques du Québec.

Le niveau et la dynamique actuelle des dépenses de santé sont en bonne partie le résultat des changements d'ordre institutionnel qui ont eu lieu au cours des années 60 et au début des années 70 (régime de l'assurance-maladie, régime de l'assurance-hospitalisation, etc.) dans un contexte où le concept de l'État providence avait une forte prédominance. Le développement de ces programmes de services publics a aussi été facilité par une forte croissance économique qui se situait à 5,1 % au cours des années 60 et 3,8 % au cours des années 70. La dynamique de ces dépenses est également le résultat, notamment, de l'évolution démographique et technologique.

Or, la croissance économique n'est plus aussi forte qu'elle était dans les années 60 et 70. Elle a été de 2,3 % au cours des années 80. Elle devrait atteindre tout au plus 3 % au cours de la présente décennie et cela, dans la mesure où le Québec relève avec succès le défi de la concurrence. Il est important que l'évolution des dépenses sociosanitaires, qui semble appelée à s'accélérer au cours des prochaines années, tienne compte de cette croissance limitée de notre économie à la soutenir.

Si le gouvernement maintient son objectif de limiter la croissance de l'ensemble des dépenses à IPC + 1 % alors que les dépenses de santé et de services sociaux évoluent selon un taux annuel égal à IPC + 3 %,

cela signifierait une croissance de seulement IPC - 1 % pour les autres dépenses de programmes excluant le service de la dette. Dans l'hypothèse où ces deux tendances étaient poursuivies à long terme, les dépenses de santé et de services sociaux représenteraient la moitié de l'ensemble des dépenses du gouvernement du Québec dans une vingtaine d'années. Cette incompatibilité entre l'évolution tendancielle des dépenses de santé et de services sociaux et les objectifs de croissance des dépenses du gouvernement illustre bien l'ampleur du problème et découvre, de façon éloquente, les enjeux pour les finances publiques du Québec.

Il est clair que le gouvernement aura un arbitrage important à faire quant aux ressources à attribuer aux divers secteurs de dépenses. Or, il fera face à un bon nombre d'autres priorités au cours des prochaines années, que ce soit dans les domaines de l'environnement, de la recherche et du développement, de la formation et du recyclage de la main-d'œuvre, de l'entretien et la réfection des infrastructures publiques, de l'aide aux familles, de l'intégration des immigrants, etc.

Le défi majeur qui se pose aujourd'hui au gouvernement est de faire en sorte que l'économie québécoise puisse accélérer sa croissance et profiter pleinement des retombées et des opportunités découlant de la mondialisation des échanges, afin d'assurer aux citoyens un niveau de vie et une qualité de services publics répondant à leurs besoins.

De nouvelles augmentations fiscales risqueraient de nous empêcher d'y arriver. La question qui se pose alors, dans le cadre des finances publiques, est de savoir quelle contribution le secteur de la santé et des services sociaux sera en mesure d'apporter à l'atteinte de cet objectif.

3.4.2 Un défi majeur pour la poursuite de la mission sociosanitaire

S'il est clair que la contribution du secteur de la santé et des services sociaux est nécessaire pour l'atteinte des objectifs économiques et budgétaires du gouvernement, il est clair également que la problématique des finances publiques pose un défi majeur pour la réalisation des objectifs fondamentaux que poursuit le gouvernement dans le secteur de la santé et de l'adaptation sociale.

En effet, même en considérant la problématique du financement des dépenses de santé et de services sociaux du strict point de vue sectoriel, les pressions croissantes qui s'exercent sur les dépenses et le désengagement fédéral du FPE entraînent un déséquilibre croissant qui pourrait avoir des conséquences importantes sur la poursuite des objectifs du réseau.

À cet égard, rappelons que de 1982-1983 à 1990-1991, la contribution au FPE attribuée par le gouvernement fédéral à la santé au Québec a évolué au rythme annuel moyen de l'IPC + 1,6 %, soit environ la moitié moins rapidement que le rythme du PIB québécois (IPC + 3,4 %). Ce rythme de la contribution fédérale a été largement incompatible avec celui des dépenses publiques de santé du Québec au cours de cette période (IPC + 3,2 %), rythme qui représentait pourtant l'une des meilleures performances au Canada.

Tableau 8

INCOMPATIBILITÉ ENTRE L'ÉVOLUTION DES CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES AU FPE ET L'ÉVOLUTION STRUCTURELLE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU QUÉBEC

	Croissance annuelle moyenne de 1982-1983 à 1990-1991	
	en %	IPC + %
Dépenses publiques de santé*	7,6 %	3,2 %
IPC (1986 = 100)	4,4 %	-
PIB	7,8 %	3,4 %
Population	0,6 %	-
Contributions au FPE[1]	6,0 %	1,6 %

* Estimé sur la base de l'évolution des dépenses budgétaires de santé et d'adaptation sociale, 1986-1987 à 1990-1991.

1. Incluant les transferts fiscaux et financiers imputés par le fédéral à la santé.

Sources : Santé et Bien-Etre social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada - 1971-1987*; Ministère des Finances du Canada (données non publiées); MFQ, *Discours sur le budget*; Statistique Canada, *L'observateur économique canadien*, no 11-210.

Du fait que l'évolution des transferts fédéraux au FPE est ainsi fondamentalement incompatible avec l'évolution des dépenses, le gouvernement fédéral se trouve à soutenir financièrement une part de moins en moins importante des dépenses du Québec au titre de la santé. La contribution du gouvernement fédéral au financement spécifique de la santé au Québec n'est plus que de 37,3 % des dépenses totales en 1990-1991, comparativement à 45,7 % en 1977-1978. Par suite du gel annoncé de la contribution par habitant lors du dernier budget fédéral, cette part passera vraisemblablement sous le cap des 30 % en 1994-1995.

L'érosion de cette source de financement alors que les dépenses de santé pourraient s'accélérer représente un risque important, compte tenu de la situation des finances publiques, pour la continuité même de l'action sanitaire et sociale du Ministère et de tous les intervenants. Elle représente également un risque important, du point de vue sectoriel, si des correctifs ne sont pas apportés, en termes de réduction du niveau de ces dépenses et de ralentissement de leur dynamique. Le gouvernement ne pourrait alors réaliser ses objectifs budgétaires, dont l'atteinte est nécessaire à l'amélioration de la compétitivité du Québec. Or, le développement économique est un des principaux facteurs déterminants de l'état de santé et de la condition sociale des citoyens.

Le défi majeur qui se pose, dans le secteur des services sociaux et de santé, est de faire des arbitrages qui permettront de concilier de façon acceptable la nécessité de réduire le niveau des dépenses et de ralentir leur rythme de croissance, et l'obligation de fournir les services adéquats auxquels les citoyens ont droit. À cet égard, mentionnons que le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de la capacité d'adaptation sociale des citoyens constitue une condition nécessaire au développement du capital humain, qui est un facteur majeur du développement économique. L'atteinte des objectifs sociaux et de santé et l'atteinte des objectifs économiques et budgétaires sont ainsi liés et interdépendants. Le secteur sociosanitaire a ainsi un rôle de premier plan à jouer face aux grands défis qui se posent à la société québécoise.

3.5 Sur le plan des modalités du financement : une absence de liens transparents entre consommation, production et contribution, qui ne favorise pas l'efficience et la responsabilité

La problématique des finances publiques permet ainsi de situer les enjeux et d'expliquer le tarissement progressif des **sources** disponibles de financement des services sociaux et de santé du Québec. Pour terminer, il convient enfin de s'interroger sur les conséquences du caractère presque entièrement fiscalisé du financement des services sociaux et de santé.

Sur le plan des **modalités** du financement, le problème majeur provient du fait que les contributions du gouvernement fédéral ainsi que celles des citoyens québécois au paiement des dépenses de santé furent historiquement peu à peu entièrement détachées d'un lien opérationnel et transparent avec les dépenses de consommation de ces services.

Le régime d'assurance-hospitalisation, en effet, a toujours été fiscalisé (de même que la quasi-totalité des dépenses sociales). Pour sa part, la Régie de l'assurance-maladie du Québec était à l'origine un organisme autofinancé et elle constituait en quelque sorte un fonds autonome. Elle administrait le régime d'assurance-maladie en tenant compte des dispositions des ententes intervenues entre le ministère des Affaires sociales et les organismes représentant les professionnels de la santé œuvrant à l'intérieur du régime. Elle s'acquittait de son mandat dans les limites d'objectifs généraux de gestion fixés et dans le cadre de son budget, tous les deux approuvés par les membres de son conseil d'administration. Sa comptabilité était globale et intégrée. Compte tenu des prévisions financières, la Régie recommandait au gouvernement les ajustements qu'elle jugeait appropriés aux taux des contributions des particuliers et des employeurs.

Or, en vertu des arrangements fiscaux 1977-1982, les contributions fédérales à la santé et à l'éducation postsecondaire firent désormais l'objet d'un financement global, connu depuis sous le nom de Financement des programmes établis (FPE). Le nouveau programme consolidait dans une enveloppe globale divers transferts fédéraux associés au secteur de la santé et à l'éducation postsecondaire, de façon désormais indistincte. Ceci rendit impossible pour le gouvernement d'identifier, dans cette enveloppe

globale, la part de la contribution du gouvernement fédéral pouvant être associée spécifiquement au régime d'assurance-maladie du Québec.

Aussi, en mai 1978, le gouvernement du Québec créa-t-il le «Fonds de l'assurance-maladie». Depuis, ce fonds est alimenté par la contribution des employeurs, tout le solde des besoins de financement de la Régie de l'assurance-maladie du Québec étant depuis cette date comblé par le fonds consolidé du revenu du Québec. Pour sa part, le fonds consolidé perçoit depuis les contributions fédérales au FPE (fiscales et financières), ainsi que la contribution que versaient antérieurement sur leurs salaires les particuliers, **qui ont alors été fondues à la fiscalité générale du Québec**. Cette fiscalisation a alors permis d'améliorer la progressivité des contributions des assurés au régime d'assurance-maladie du Québec.

Aujourd'hui cependant, l'on constate que ces modifications ont entraîné d'une part la perte du lien direct et distinct qui existait auparavant entre les dépenses et les contributions fédérales versées spécifiquement pour la santé. Rappelons que ce lien avait été dissous afin de satisfaire la demande des provinces de disposer d'une plus grande marge de gestion de leurs dépenses de santé et d'éducation postsecondaire, et de répondre également à la préoccupation du gouvernement fédéral à l'égard de l'évolution de ses contributions. Ces modifications ont également fait disparaître la transparence du lien opérationnel d'ajustement qui existait entre les cotisations perçues auprès des employeurs et des employés et les dépenses de services médicaux.

Si cette perte de visibilité apparaît susceptible d'avoir contribué à faciliter le ralentissement des contributions du FPE à un rythme non compatible avec l'une des meilleures performances d'évolution des dépenses, elle a sans doute également contribué à l'évolution de plusieurs facteurs défavorables à l'intérieur même de la gestion du régime de santé, notamment :

- **chez les consommateurs :** le développement d'un faux sens de la gratuité et un sens éventuellement affaibli de l'importance de la «prise en charge» de sa santé par la prévention et par l'adoption d'habitudes de vie saine;

- **chez les producteurs :** le fait que les producteurs ne soient plus sujets, ne serait-ce qu'indirectement, aux contraintes budgétaires des bénéficiaires n'apparaît pas susceptible de favoriser l'utilisation la plus efficiente des ressources.

Notons que la perte de tout lien direct entre les dépenses et le financement a pu également favoriser, comme l'a décrit la commission Rochon, la perte d'un sens de l'interdépendance, ainsi que le développement d'une dynamique de pouvoir et de repli sur les intérêts particuliers, vis-à-vis le «grand économe» commun qui s'est retrouvé seul, au centre : le gouvernement.

Plus fondamentalement encore, la perception des principes à la base du financement des dépenses de santé a elle-même été affectée par cette absence de lien entre les dépenses associées à l'assurance-maladie et leur financement. Tout lien existant, sur le plan collectif, avec les responsabilités, avec un partage des risques afférents à la santé ou avec une part à reconnaître de bénéfices

découlant de l'utilisation des services publics de santé, a été dissous (sauf pour la contribution des employeurs au fonds des services de santé). Les contributions respectives au financement spécifique des services de santé par le gouvernement fédéral, de même que par les Québécois et les Québécoises dans leurs différents «rôles» de coassurés, de bénéficiaires et de concitoyens, ont perdu toute leur identité. L'évolution des diverses sources de contributions financières aux services sociaux et de santé a en conséquence été liée entièrement à l'évolution de la situation budgétaire et au jeu des objectifs économiques et fiscaux des deux ordres de gouvernement, plutôt qu'aux enjeux et aux choix permettant de concilier les besoins de la consommation et les contraintes économiques et financières de la dispensation des services de santé.

Si les citoyens et les divers intervenants à leur service ont pu perdre de vue la perspective économique et financière, cette confusion des rôles et des principes de responsabilité sur le plan du financement n'y a certainement pas été étrangère.

Il apparaît important de rappeler ici que la mission fondamentale du système des services sociaux et de santé n'est pas d'assurer en tant que telle la redistribution des revenus (c'est-à-dire le partage des coûts et la redistribution de la richesse entre les riches et les pauvres), mais l'accès de tous les citoyens aux services assurés (c'est-à-dire une plus grande égalité des chances entre les malades et les non-malades) en tenant compte de leur capacité de payer. La réduction en tant que telle des disparités socio-économiques relève d'une foule de facteurs qui ne sont pas directement de la responsabilité des services sociaux et de santé, notamment le développement de l'économie, les aptitudes et les initiatives des individus eux-mêmes, l'action des programmes publics de redistribution du revenu ainsi que les politiques fiscales des gouvernements.

Toutefois, l'incidence de la maladie et des problèmes sociaux est relativement plus élevée parmi les citoyens économiquement désavantagés que parmi les citoyens bien nantis, et il importe que la capacité financière des citoyens démunis ne fasse pas obstacle à leur accès aux services que leur état requiert. C'est pourquoi le Ministère accorde une importance toute particulière à ce que leur contribution au financement des services reflète davantage leur capacité de payer.

CHAPITRE II

PERSPECTIVES ET CONTRAINTES

PERSPECTIVES

Compte tenu maintenant des informations disponibles, l'on ne peut éviter de s'interroger sur les grandes tendances qui affecteront la budgétisation et le financement des dépenses au cours des prochaines années. Comment les problèmes actuels identifiés dans la section précédente en seront-ils affectés?

1.1 Perspectives concernant la détermination des dépenses globales : sans interventions majeures, les dépenses globales de santé et de services sociaux seraient appelées à s'accélérer

L'évolution réelle des dépenses sociales et de santé serait vraisemblablement appelée à s'accélérer, sans interventions importantes de la part du gouvernement, en raison des pressions multiples et très importantes qui s'exerceront simultanément. Ces principales pressions peuvent être identifiées comme étant les suivantes :

1.1.1 Pressions provenant de l'offre de services

- Dans le secteur de la santé, il est reconnu que la demande suit l'évolution de l'offre de services. Or, l'évolution actuelle des effectifs médicaux se maintient au rythme de près de trois fois celui de la population et ce, en dépit des mesures de contingentement des résidents et internes prises par le gouvernement au cours des années 80.

- On observe un déplacement de la pratique des médecins vers une pratique plus intensive et plus coûteuse; et on note également la persistance d'une certaine médecine défensive, en raison de risques perçus de poursuites judiciaires de la part des bénéficiaires.

- La distribution géographique et par spécialité des médecins ne correspond pas adéquatement à la répartition des besoins de la population (même en tenant compte de la concentration nécessaire de certaines spécialités). De plus, les nouveaux médecins tendent à privilégier des types de médecine en cabinet privé, ce qui laisse insatisfaits des besoins en établissement. Résultats : des pressions qui se traduisent par des coûts supplémentaires importants pour combler les besoins prioritaires des régions (ex. : recrutement de médecins étrangers et rémunération de vacations de médecins itinérants) et ce, sans que les dépenses de services médicaux en excédent dans les régions urbaines ne puissent être réduites.

- En plus d'entraîner des problèmes d'efficience et d'efficacité, ces pressions dues à l'évolution, à la pratique et à la mésallocation des effectifs médicaux entraînent des coûts indirects importants pour les services hospitaliers.

- Enfin, des efforts supplémentaires importants prévus dans la Réforme seront requis dans les prochaines années afin de rénover un parc immobilier vieillissant, de l'adapter aux nouveaux besoins et aux nouvelles normes de sécurité, et d'en renouveler les équipements devenus désuets (usure physique et/ou technologique).

1.1.2 Pressions provenant de la demande de services

- En raison des taux de consommation plus élevés des aînés, le vieillissement de la population entraînera une augmentation de l'utilisation des services médicaux, hospitaliers et sociaux.

- Ce vieillissement sera accompagné d'un phénomène d'alourdissement des clientèles, c'est-à-dire d'une proportion croissante des personnes âgées de 80 ans et plus nécessitant des soins hospitaliers plus longs et plus coûteux, ainsi que des services supplémentaires d'hébergement et des services à domicile.

- La demande de services variera également selon les conditions socio-économiques et l'éducation. Les ralentissements structurels (et conjoncturels) de l'économie, qui entraînent une augmentation des populations à statut économique précaire et à risque (ex. : chômeurs, bénéficiaires de l'aide sociale, travail à temps partiel ou occasionnel, décrocheurs scolaires, divorces, criminalité, etc.) vont aussi dans le sens de pressions accrues sur la demande de services sociaux et de santé.

- Mentionnons enfin les pressions sur la demande imputables au développement de problèmes nouveaux (ex. : sida) et à des problèmes psychosociaux d'adaptation au stress croissant de la vie moderne, à la consommation de drogues et à la détresse, aux phénomènes de violence et d'itinérance, etc., qui sont susceptibles d'affecter une société comme le Québec, en phase de mutations économiques et sociales rapides.

1.1.3 Pressions provenant du développement technologique et des processus de dispensation des services

- Sur le plan international, la recherche médicale et pharmaceutique canalise des investissements plus importants que jamais auparavant. Ces investissements sont susceptibles d'accélérer le développement de nouveaux médicaments, de nouveaux équipements et de nouveaux traitements plus efficaces au bénéfice des citoyens. Ces développements, cependant, si l'on consulte l'expérience passée, apparaissent susceptibles d'ajouter surtout de nouvelles pressions, à la fois sur l'offre et sur la demande, plutôt que de se traduire par des économies dans les coûts de production. Exemples :

- en comblant une absence de traitement actuellement satisfaisant pour certaines maladies;
- en augmentant l'efficience des équipements (nombre et qualité des tests);
- en améliorant l'efficacité des traitements et en raccourcissant les durées de séjour, ce qui augmente le taux de roulement des bénéficiaires par lit, et les coûts totaux de fonctionnement;
- etc.

- Concernant les processus de dispensation des services gouvernementaux, rappelons qu'au cours des années, leur évolution tend généralement à entraîner pour le Ministère non une diminution mais une augmentation, une diversification et une complexification de ses services et de ses programmes, ajoutant des pressions supplémentaires sur ses dépenses. Exemples :
  - l'introduction de la Loi de la protection de la jeunesse et de la Loi des jeunes contrevenants au début des années 1980, remplaçant un processus plutôt judiciaire par un ensemble de services visant à assurer le maintien du jeune dans son milieu et à assurer sa réinsertion sociale;
  - l'introduction de programmes de réadaptation communautaire, d'ateliers de travail et de réinsertion au marché du travail, d'activités de réadaptation en complémentarité avec les intervenants des CLSC, CSS, milieux scolaires, réseau de la main-d'œuvre, etc.; ces nouveaux droits ont requis l'addition de nouvelles ressources très diversifiées : foyers de jeunes, familles d'accueil, de réadaptation, appartements supervisés, etc.;
  - le développement des services de physiothérapie et d'ergothérapie dans le réseau des CAH et des CHSLD;
  - etc.

1.1.4 Conclusion : une évolution à long terme des dépenses qui apparaît appelée à s'accélérer

Si, au cours des années 80, les dépenses de santé et de services sociaux au Québec ont connu une évolution réelle d'environ 3 % annuellement, cette croissance, si toutes choses étaient maintenues, apparaît appelée à s'accélérer pour l'avenir.

De façon globale en effet, l'ensemble de ces principaux facteurs mentionnés précédemment se conjugueront de multiples façons pour accroître, plus probablement que réduire, l'importance des pressions que subissent actuellement les ressources du réseau de la santé et des services sociaux et ce, de façon importante. Notons que le Québec ne sera pas le seul à subir ces pressions, et que toutes les sociétés industrialisées s'attendent déjà aux mêmes effets inflationnistes.

Si le sens et l'importance de l'évolution tendancielle des dépenses sociales et de santé ne font pas de doute, l'on ne dispose cependant pas d'informations suffisamment sophistiquées et intégrées pour prévoir de façon globale l'ampleur et le rythme de cette accélération (IPC + 3,5 % ? : IPC + 4,0 % ? et quand?). Notons que dans le cadre de la réforme des services sociaux et de santé, le Ministère a effectué des simulations mécaniques qui ont permis d'évaluer quels seraient les besoins additionnels de différents types d'établissements et de services d'ici l'an 2000 conséquents à l'évolution démographique et au vieillissement de la population, si l'on maintenait constantes les différentes normes de lits et d'utilisation actuellement en vigueur. Bien que partiels, ces résultats reflétaient l'importance potentielle des pressions démographiques qui pourraient s'exercer sur les dépenses des services sociaux et de santé.

Sans interventions majeures, donc, les dépenses de santé et de services sociaux risquent d'augmenter à un rythme définitivement trop élevé et de prendre une part grandissante de la richesse collective. Une telle situation risquerait de laisser trop peu de ressources pour répondre aux autres besoins de la société québécoise. Elle risquerait aussi de handicaper la compétitivité de l'économie et de compromettre les possibilités de développement de notre collectivité.

1.2 Perspectives concernant l'allocation et l'utilisation : sans correctifs appropriés, une détérioration de la capacité du système à résoudre les problèmes, une réduction de sa contribution vis-à-vis l'amélioration des conditions de santé et de bien-être, et une accentuation des pressions indirectes sur les dépenses

Les travaux effectués dans le cadre du Rapport Rochon et les résultats de l'enquête Santé-Québec permettent de constater que la mise en place du système sociosanitaire québécois a contribué à améliorer de façon importante la condition de santé des Québécois et des Québécoises. Toutefois, les multiples métamorphoses qui bouleversent la société, conjointement à l'évolution des conditions de vie qu'imposent les changements dans l'économie internationale notamment, entraînent une évolution et une diversification des problèmes sociaux et de santé au Québec.

L'incidence de certaines maladies, telles que les affections cardiovasculaires et celles reliées au tabagisme par exemple, demeure à des niveaux relativement élevés, alors que de nouveaux problèmes apparaissent (ex. : sida). De nombreux problèmes d'adaptation se manifestent avec une acuité nouvelle, notamment ceux qui touchent des groupes particuliers tels que les jeunes en difficulté, les personnes alcooliques et toxicomanes, et également ceux qui ont trait à l'intégration sociale.

Dans ce contexte de diversification des problèmes et des défis économiques et sociaux majeurs que devront relever les Québécois et les Québécoises, le Ministère est d'avis que des correctifs doivent être apportés en ce qui concerne l'allocation et l'utilisation des ressources. À

défaut de tels correctifs, le système sociosanitaire du Québec risquerait de produire des services de plus en plus inadaptés à la nature des besoins de la population de l'an 2000.

Dans son ensemble, le système des services pourrait ainsi voir grandement réduites son efficacité à résoudre les problèmes de même que sa contribution à l'objectif d'améliorer les conditions de santé et de bien-être des citoyens.

De plus, des ressources limitées, dont une partie demeurerait allouée ou utilisée de façon non efficiente, ne seraient pas disponibles pour résoudre les pressions internes qui se manifestent de toutes parts dans le système pour répondre à cette diversification des problèmes et des besoins.

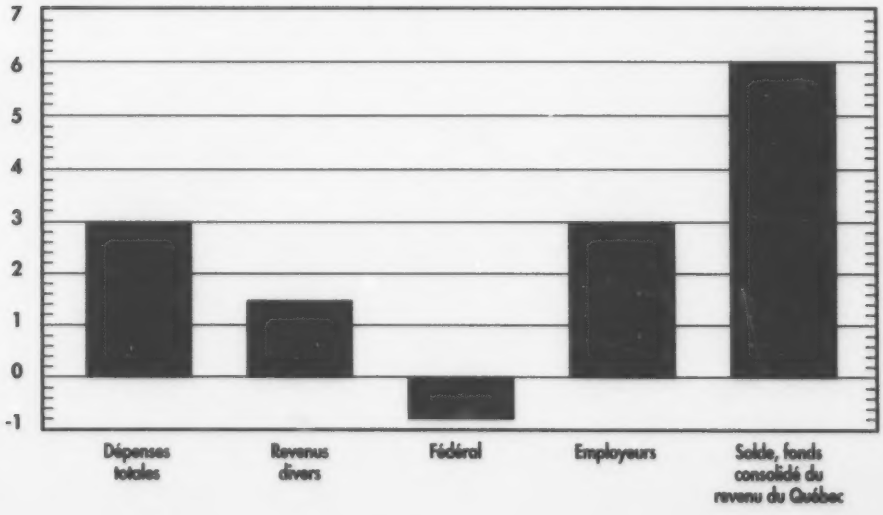
1.3 Perspectives concernant le financement

1.3.1 Une détérioration accélérée de la capacité de financement du fonds consolidé : un manque à gagner annuel pouvant varier entre 200 millions $ et 400 millions $

Compte tenu des pressions mentionnées précédemment, les dépenses sociosanitaires laissent craindre une accélération de leur rythme au cours des prochaines années. Cette accélération des dépenses et le désengagement fédéral du FPE feront en sorte que le fonds consolidé du revenu du Québec aura à compenser, au cours des années 90, un manque à gagner croissant à un rythme encore plus rapide qu'au cours des années 80, et ce, de façon apparemment indéfinie.

Graphique 8

ÉVOLUTION DES SOURCES DE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET D'ADAPTATION SOCIALE DE 1991-1992 À 1996-1997, CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE EN SUS DE L'IPC



Selon une estimation du Ministère, le manque à gagner total que le gouvernement aurait ainsi à compenser pour financer les dépenses du secteur de la santé et de l'adaptation sociale (incluant la RAMQ), en supposant qu'elles continuent à évoluer au rythme actuel d'IPC + 3 %, pourrait être évalué à environ 1 milliard $ en 1996-1997, ce qui représenterait un effort financier supplémentaire de quelque 200 millions $ par année. Cette évolution signifie que pour compenser essentiellement une évolution des transferts fédéraux associée aux dépenses sociales et de santé diminuant en termes réels au rythme d'environ 0,9 % par année, le solde à pourvoir par des sources du fonds consolidé (autres que les transferts fédéraux et les contributions des employeurs) aurait à augmenter au rythme annuel moyen d'IPC + 6,0 %, soit un rythme dépassant substantiellement celui de l'économie et des revenus du gouvernement.

Dans l'hypothèse où les dépenses augmenteraient au rythme d'IPC + 3,5 % et où la contribution du fonds consolidé serait limitée à IPC + 1 %, conformément à la politique budgétaire du gouvernement, le manque à pourvoir pourrait s'élever à environ 2 milliards $ pour la même période, soit 400 millions $ par année en moyenne.

Le gouvernement du Québec, compte tenu de sa situation financière difficile, ne pourrait à la fois continuer ainsi indéfiniment à soutenir cette évolution actuelle des dépenses sociosanitaires et assumer toutes les responsabilités qu'attendent de lui les Québécois et les Québécoises. Le gouvernement du Québec ne pourrait à la fois assumer financièrement une proportion sans cesse croissante des dépenses concernées, éviter de faire assumer une partie des dépenses courantes par les générations futures, réduire une dette accumulée qui affecte sa marge de manœuvre, réduire le fardeau fiscal du secteur privé afin de soutenir sa compétitivité, et répondre en même temps aux nouveaux besoins pressants que lui expriment les citoyens.

Par ailleurs, l'estimation d'un manque à pourvoir supplémentaire de 200 millions $ par année, à chaque année, suppose déjà que de nouvelles mesures de contrôle des dépenses et d'amélioration de la performance seront appliquées et permettront de maintenir le rythme actuel des dépenses. Le manque à pourvoir anticipé ne pourra donc être compensé uniquement par l'amélioration de la performance du système sociosanitaire, et l'on ne pourra pas recourir davantage à la fiscalité et à l'endettement. L'estimation du manque à pourvoir ne tient pas compte par ailleurs de la nécessité de réduire la dette accumulée du Québec.

La gestion des dépenses et les sources actuelles de revenus fiscaux ne seront donc pas suffisantes pour financer l'évolution des dépenses des services sociaux et de santé du Québec au cours des prochaines années.

1.3.2 Des modalités de perception du financement de moins en moins appropriées au contexte de raréfaction des ressources

Dans ce contexte d'une insuffisance croissante des sources du financement, les modalités de perception fiscale actuelles n'apparaissent pas entièrement satisfaisantes. Ces modalités ont en effet sans contredit le très grand avantage d'assurer l'objectif que le gouvernement poursuit de garantir l'accessibilité de tous les citoyens aux services sans contributions liées à la consommation, en fonction de leurs besoins, et en prélevant des contributions tenant compte le mieux possible de la capacité de payer des individus. Ces avantages n'ont en eux-mêmes pas changé et la fiscalisation du financement demeure en principe la formule la plus appropriée comme source principale de financement des services sociaux et de santé.

Ce qui a changé cependant, c'est le contexte financier, qui rendra l'importance des désavantages inhérents à cette formule de financement privilégiée de plus en plus considérable.

En effet, les fortes pressions sur les dépenses sociosanitaires se transmettront presque entièrement en compressions sur les autres dépenses publiques, sur l'endettement, ou sur la fiscalité, détériorant ainsi grandement la marge de manœuvre du gouvernement et la concurrentialité économique et fiscale du Québec. Par ailleurs, l'absence de lien direct transparent entre les dépenses collectives ou individuelles et leur financement ne favorise pas l'exercice des responsabilités individuelles et civiques des consommateurs et des intervenants ainsi que le sens de la prévention. De ce fait, ce manque de liens transparents ne favorisera pas l'objectif d'une utilisation la plus efficiente possible des ressources disponibles que doit poursuivre davantage le système dans le contexte de rareté croissante des ressources.

1.4 Conclusion : la nécessité d'un redressement

Dépenses susceptibles de s'accélérer, détérioration appréhendée de la capacité à résoudre les problèmes et à améliorer les conditions de santé et de bien-être, affaiblissement de la croissance économique et des ressources de l'État, et importance accentuée des désavantages des modalités actuelles de financement. Cette conjoncture signale pour le gouvernement, pour le réseau et pour la société québécoise tout entière, la nécessité d'entreprendre en priorité un redressement, et de réviser en profondeur les choix dans ce secteur.

Avant d'examiner les orientations et les mesures pouvant contribuer à résoudre l'ensemble de ces difficultés, la section qui suit décrit les principales contraintes dont le Ministère et le gouvernement doivent tenir compte dans leur recherche de solutions.

CONTRAINTES

De nombreuses contraintes extérieures et rigidités intérieures au système limitent la marge de manœuvre du Ministère

Dans le cadre actuel des lois, des institutions et de l'administration entourant les services sociaux et de santé, les leviers courants d'intervention ont déjà été utilisés intensivement et laissent au gouvernement une capacité réduite de rationalisation des services, des programmes, de leurs coûts et de leur financement. Dans un contexte de plus grande rareté des ressources, il faudra se questionner sur l'à-propos de conserver toutes ces contraintes. De façon sommaire, les principaux facteurs qui limitent la marge de manœuvre du Ministère sont les suivants :

2.1 Des contraintes légales et socio-économiques

La loi canadienne sur la santé (C-3) assujettit la pleine contribution du gouvernement fédéral, dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE), à l'obligation pour les provinces de satisfaire à certaines normes. Ainsi, l'intégralité (c'est-à-dire la gamme complète) des services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins et les chirurgiens-dentistes en établissement doit être assurée, de façon universelle (pour tous les citoyens de la province), et selon des modalités uniformes qui ne fassent pas obstacle, directement ou indirectement - et notamment par facturation aux assurés - à l'accessibilité à ces services; de plus, en vertu du principe de «transférabilité», ces services doivent être accessibles aux citoyens des autres provinces, ainsi qu'à ceux temporairement absents de leur province de résidence. Si ces principes constituent des avantages inhérents à notre système, ils représentent également des contraintes très importantes à leur rationalisation. Or, les services hospitaliers et médicaux représentent la majeure partie des dépenses du Ministère.

Les services de santé non soumis aux normes fédérales constituent quant à eux une partie relativement faible des dépenses de santé. Ils sont constitués des services complémentaires administrés par le Ministère (ex. : soins intermédiaires en maison de repos, en établissement pour adultes ou à domicile) ou administrés par la RAMQ (ex. : services optométriques, dentaires, pharmaceutiques, orthèses et prothèses). Les possibilités de rationalisation de ces dépenses sont de plus limitées par divers facteurs, tels que le fait qu'une contribution financière est déjà exigée des adultes hébergés, ou encore le fait que ces services s'inscrivent souvent en complément ou représentent des solutions moins coûteuses que les services assurés. Le profil socio-économique relativement désavantagé de plusieurs clientèles concernées limite également les possibilités de rationalisation ou de tarification de ces dépenses.

Pour leur part, la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la jurisprudence accordent aux bénéficiaires le droit de recevoir des traitements

dans les hôpitaux de leur choix, par les médecins de leur choix. Parallèlement, les médecins disposent du libre choix de leurs lieux, spécialités et modes de pratique. De plus, la loi oblige les établissements à fournir sur demande les services «médicalement requis». Ces caractéristiques font aussi partie des avantages fondamentaux inhérents à notre système. Ils contribuent néanmoins à en limiter les possibilités de rationalisation.

Mentionnons également que les rémunérations constituent environ 80 % des dépenses. À cet égard, des mesures de gel des rémunérations ont déjà été prises par le gouvernement.

2.2 Des contraintes de mécanismes et de modalités de rémunération

Le régime québécois de rémunération des médecins, qui inclut des plafonds et un mécanisme unique de récupération des dépassements annuels des objectifs tarifaires négociés, permet d'assurer un contrôle de la rémunération globale moyenne tout en permettant de conserver pour les médecins la souplesse propre à la rémunération à l'acte.

Toutefois, ces mécanismes et les ententes négociées n'assurent pas que l'évolution globale de la rémunération n'excède l'évolution justifiée par les besoins démographiques et épidémiologiques de la population, principalement à cause de l'évolution du nombre de médecins plus rapide que l'évolution de la population. De plus,le mode de rémunération à l'acte n'apparaît particulièrement pas approprié aux activités de gestion, de prévention ou à certaines activités en milieu hospitalier, ainsi qu'à l'enseignement universitaire.

Mentionnons également que la répartition du tarif général négocié parmi les différents groupes de spécialistes (et parmi les différents actes), n'est pas gérée directement par le Ministère, mais qu'elle est obtenue par voie de négociation entre le Ministère et les fédérations de médecins. Bien que ce mécanisme soit approprié et qu'il ait des avantages pour les deux parties, les résultats obtenus reflètent un arbitrage entre les objectifs poursuivis par les fédérations de médecins et les objectifs de besoins du réseau (ex. : spécialités, régions, urgences, etc.) poursuivis par le Ministère.

2.3 Des contraintes de situation financière des établissements

La situation financière des établissements démontre que certains établissements sont en situation financière précaire. Ces situations financières précaires justifient plus que jamais l'à-propos des actions préventives et correctives prises par le Ministère au cours des dernières années, afin notamment d'exercer un suivi rigoureux et de convenir au besoin de plans de retour à l'équilibre budgétaire et ce, dans un délai raisonnable. Cette situation, cependant, limite également en pratique les possibilités du Ministère d'imposer des contraintes financières additionnelles à plusieurs établissements.

2.4 Des contraintes opérationnelles et administratives

Les possibilités techniques de relocaliser ou de réaffecter les différentes ressources humaines et matérielles selon l'évolution des besoins sont très limitées à court terme, et relèvent plutôt de processus relativement «lourds» de planification à long terme. Exemples : plans de services et d'effectifs médicaux régionaux; politique de contingentement des effectifs médicaux; plans d'immobilisations, etc., dont les effets concrets ne peuvent se mesurer que sur une dizaine d'années, et qui comportent également des coûts de transition. De plus, la possibilité de remplacement de ressources relativement lourdes par des ressources plus légères se trouve aussi limitée à court terme, notamment par la spécialisation de ces ressources, par des contraintes imposées par les ententes collectives, ainsi que par l'existence des champs de pratique professionnelle exclusifs, etc.

Par ailleurs, dans leur fonctionnement, les multiples ressources du réseau jouent des rôles complémentaires complexes (ex. : chirurgiens - anesthésistes - équipements - médicaments; médecins - infirmières - lits). Les gestionnaires des établissements doivent également manœuvrer avec des difficultés de recrutement des infirmières ainsi qu'avec l'existence de fortes pressions qui risquent à tout moment de se développer sur certains services, sous forme de goulots d'étranglement et d'allongements de listes d'attente. Il peut être utile ici de rappeler que la gestion interne des établissements ne relève pas du Ministère, mais de conseils d'administration qui sont autonomes en vertu de leur statut d'institutions privées sans but lucratif.

2.5 Des contraintes d'économie politique

Les services sociaux et de santé constituent des services essentiels pour la majorité des citoyens. Or, les attentes des citoyens quant à la disponibilité et à la qualité des services sont sans cesse croissantes, en raison des progrès accélérés de la médecine de haute technologie. Par ailleurs, les travaux effectués dans le cadre du Rapport Rochon ont souligné que la dispensation des services constitue un enjeu économique et politique interne pour les divers groupes d'intérêts qui œuvrent à l'intérieur du système.

Les études internationales démontrent que l'évolution des dépenses totales de santé dans l'économie dépend en partie de l'importance de la part des dépenses publiques et du contrôle exercé par les gouvernements. Un désengagement important et rapide de l'État au profit du secteur privé (assurances, frais professionnels, etc.) pourrait par conséquent entraîner une augmentation des dépenses totales de santé excédant la capacité de payer des citoyens et affectant l'accessibilité des plus démunis. Or, il ne pourrait être envisagé de changements qui entraîneraient, pour la société québécoise, un retour au passé où des citoyens ne pourraient accéder à des soins de santé nécessaires en raison de leur situation financière.

Par ailleurs, un meilleur contrôle des dépenses publiques, en rendant les services plus performants et moins coûteux, serait susceptible d'entraîner une évolution des dépenses totales de santé plus conforme à l'objectif de concurrentialité de l'économie, tout en conservant les avantages d'accessibilité aux services pour tous les citoyens.

CHAPITRE III

ORIENTATIONS, MESURES ET OPTIONS

1. UNE ADAPTATION GLOBALE, DES CHOIX PUBLICS SPÉCIFIQUES À COMPLÉTER

Les deux chapitres précédents livrent l'essentiel de la lecture que fait actuellement le Ministère à l'égard de la problématique des services sociaux et de santé au Québec, vue sous l'angle inhabituel, mais important, de leurs aspects économiques et financiers.

Il est important en effet de percevoir la gestion de nos services aussi sous cet angle, parce que la gestion des ressources économiques et financières disponibles rend possible l'accomplissement de la mission du réseau. Elle est donc porteuse des valeurs sociales elles-mêmes que nous poursuivons dans ce domaine.

De l'avis du Ministère, les orientations du gouvernement dans la résolution des problèmes identifiés doivent d'abord se situer dans une telle perspective d'ensemble et en fonction d'une certaine vision prospective de la satisfaction des besoins sociosanitaires dans le contexte économique et financier différent qui sera celui du Québec de demain.

La situation actuelle se caractérise sous maints aspects comme en étant une «d'écarts d'adaptation». Les choix publics et les choix de la gestion courante à tous les paliers accumulés dans le passé, qui nous ont donné le système de dispensation et de financement dans sa structure actuelle, n'apparaissent plus adaptés de façon satisfaisante aux nouvelles données économiques et financières qui façonnent déjà le Québec. C'est pourquoi les citoyens doivent être interpellés, dans le cadre de la présente commission parlementaire, afin d'être mis au fait de la problématique, des options et des conséquences des choix qui devront être faits au cours des prochaines années. Ces nouveaux choix devront assurer une efficacité maximale du régime de santé et de services sociaux et ce, dans le but de toujours faire progresser la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises, malgré la conjoncture plus difficile sur les plans économique et financier.

Le présent chapitre porte sur les principales voies, mesures et options envisageables pour résoudre le problème prioritaire de la capacité de financement de l'État, dans le secteur des services sociaux et de santé. À cette fin, quatre grandes orientations apparaissent s'imposer :

1. **Sur le plan de la détermination des dépenses globales** : infléchir en priorité la dynamique des dépenses de façon à ce que leur croissance n'excède pas à tout le moins l'évolution de la richesse collective et tienne compte de la capacité de payer de l'État.

2. **Sur le plan de l'allocation et de l'utilisation des ressources** : adapter les services et réallouer les ressources davantage en fonction des besoins prioritaires de la société québécoise et en rendre l'utilisation plus efficiente et plus efficace, de manière à améliorer leur «rendement» et à réduire les pressions internes sur les coûts.

3. **Sur le plan des sources et des modalités de financement** : afin de combler le manque à gagner résiduel du gouvernement, , diversifier les sources de financement et réduire la part provenant des impôts généraux en faisant appel à des sources de financement complémentaires, tout en s'assurant que celles-ci ne fassent pas obstacle à l'accessibilité aux services pour les plus démunis; rétablir des liens transparents entre les dépenses et le financement, pour favoriser l'exercice de la responsabilité et l'efficience.

4. **Sur le plan administratif** : mieux concilier l'évolution des dépenses et du financement disponible à l'avenir, en révisant le cadre de gestion budgétaire et financière actuel. Cette question sera examinée de façon distincte au chapitre IV.

Certaines des mesures présentées dans le présent chapitre ont déjà été prévues dans le cadre de la Réforme. Cependant, des choix publics supplémentaires seront requis sur le rythme et l'application de ces mesures, afin d'en devancer les effets. De plus, dans la mesure où le rendement budgétaire de ces mesures pourrait être insuffisant pour compenser totalement le manque à gagner dû au ralentissement des transferts fédéraux - l'impact de ces mesures étant surtout prévisible à moyen et à long terme - des choix sur des mesures complémentaires seraient requis pour le financement de ces dépenses au cours des prochaines années.

Le présent chapitre examinera également la position qu'entend prendre le Ministère dans le cadre des démarches fédérales-provinciales qui ont cours afin de contribuer à la solution de l'impasse, en ce qui concerne les services de santé du Québec.

2. MESURES PORTANT SUR LA DÉTERMINATION DES DÉPENSES : infléchir la dynamique à un rythme n'exédant pas l'évolution de la richesse collective et tenant compte de la capacité financière de l'État.

Afin que les nouveaux besoins n'entraînent pas une croissance des dépenses supérieure à la capacité de payer des citoyens, des mesures devront d'abord être prises pour en infléchir la dynamique.

En axant la Réforme des services sociaux et de santé sur le citoyen, le Ministère a intégré cette perspective, en reconnaissant que c'est le même citoyen qui consomme et qui paie pour les services, et que l'on ne peut séparer le «citoyen-consommateur» du «citoyen-payeur».

Compte tenu des niveaux actuels relativement élevés de la richesse collective consacrée aux services de santé et aux services sociaux et des risques qu'une accélération des dépenses pourrait entraîner, le Ministère préconise, pour les prochaines années, une attitude de prudence. Il propose d'abord à la société québécoise que de façon globale, les ressources financières consacrées directement à ces services soient restreintes à court terme à un rythme maximum qui tiendrait compte de l'évolution de la richesse collective et de la capacité financière de l'État.

Les dépenses de santé et de services sociaux ne sauraient toutefois continuer à croître indéfiniment au rythme actuel sans entraîner des conséquences sérieuses pour la situation financière du gouvernement du Québec. Aussi, au cours des prochaines années, le Ministère propose que la question des choix énoncés précédemment sur l'allocation globale des ressources de la société, dans l'optique des objectifs fondamentaux de la santé et du bien-être, devra être abordée et devra trouver une réponse acceptable. La politique de santé et de bien-être actuellement en élaboration devrait apporter certains éclairages à cet égard. Dans l'immédiat cependant, il faudra adopter des mesures très sévères pour infléchir le rythme d'évolution des dépenses.

Le contrôle des dépenses globales par la mise en place de ces mesures représentera un très grand défi pour le secteur sociosanitaire au cours de la prochaine décennie. Afin de relever ce défi, le Ministère entend faire porter en priorité ses efforts sur les principales variables stratégiques suivantes du contrôle des dépenses :

2.1 Améliorer le contrôle des salaires et des rémunérations

- salariés :
  - limiter l'évolution du coût global de la rémunération des salariés (à effectifs constants) à un rythme maximum non supérieur à l'IPC (excluant le coût de système salarial);

- cadres :
  - prévoir des mesures visant à améliorer la gestion du personnel d'encadrement et la gestion de ses conditions de rémunération (ex. : classification, fonctions-types, etc.);

- professionnels :
  - fixer un budget annuel global fermé à la RAMQ pour couvrir le coût des services médicaux;

  - faire évoluer ce budget essentiellement en fonction des caractéristiques démographiques et de l'état de santé de la population, plutôt qu'en fonction du nombre de médecins et du revenu moyen négocié, comme c'est le cas actuellement;

- implanter la rémunération à honoraires fixes lorsque approprié pour des catégories de médecins pratiquant dans les centres hospitaliers universitaires;

- appliquer de nouvelles mesures pour interdire les «dessous-de-table» versés à certains médecins par des établissements.

2.2 Améliorer le contrôle des prix

- Revoir les méthodes de fixation du prix des médicaments payés aux pharmaciens;

- obliger les établissements à faire partie de groupes d'achat en commun mandatés par les régies régionales;

- instaurer un mécanisme provincial d'achats pour certains équipements ultraspécialisés.

2.3 Améliorer le contrôle de l'offre de services

2.3.1 Mieux gérer l'évolution de la capacité institutionnelle

Une gestion de la croissance des investissements en développement des ressources institutionnelles tenant compte :

- d'une réduction des ratios actuels de certaines ressources relativement développées;

- de l'augmentation des taux d'occupation et des taux de roulement actuels des lits de certaines catégories d'établissements;

- de remplacements de ressources institutionnelles par un développement de services alternatifs moins coûteux (ex. : services de première ligne, soins à domicile, familles d'accueil, organismes communautaires, etc.);

- du recours à des ressources existantes dans le secteur privé;

- de la possibilité de conversion de lits (ex. : CHSLD-CAH).

2.3.2 Mieux calibrer l'évolution de la main-d'œuvre médicale

- Ramener l'accroissement du nombre de médecins à un rythme compatible avec l'évolution sociodémographique par une réduction du nombre d'entrées en faculté de médecine.

2.3.3 Mieux contrôler l'implantation des technologies de la santé

- Établir un plan de développement des équipements ultraspécialisés pour l'ensemble du Québec et définir des politiques ainsi que des règles d'acquisition de ces équipements;

- demander à chaque instance régionale d'établir un plan triennal d'investissement dans la haute technologie;

- prendre des dispositions pour que tout appareil acquis par un établissement sans autorisation soit remis par le Ministère à un établissement dont le besoin est établi.

2.4 Réévaluer la gamme et l'étendue des services assurés

- Instaurer un processus systématique de révision périodique des paniers de services assurés;

- en priorité, entreprendre dès 1992 l'examen du programme d'assurance-médicaments (utilisation et prescription).

2.5 Améliorer le contrôle des volumes d'activités

Établissements :

- maintenir l'obligation, pour les établissements, de respecter l'équilibre budgétaire et de soumettre, le cas échéant, des plans de redressement;

Médecins :

- exiger un rapport d'activité pour tout médecin rémunéré à honoraires fixes;

- examiner la pertinence et la faisabilité de la mise en place soit d'un fonds de compensation des dommages subis par les usagers, soit d'une assurance-responsabilité pour les médecins entièrement financée par l'État, afin de réduire la perception des risques de poursuite et l'incidence de la médecine défensive sur la pratique;

Consommateurs :

- demander à la RAMQ de renforcer les mécanismes actuels visant à s'assurer, avant d'émettre ou de renouveler une carte d'assurance-maladie, de l'admissibilité de la personne au régime québécois;

- généraliser s'il y a lieu l'application d'une carte d'assurance-maladie avec microprocesseur intégré;

- canaliser les consultations vers les services appropriés par l'implantation d'un service de consultation téléphonique;

- sensibiliser les citoyens aux coûts des services, notamment en faisant obligation aux médecins d'informer l'usager du coût des services rendus.

Parmi ces différentes mesures visant à infléchir la dynamique des dépenses, le Ministère attire l'attention sur celles qui porteront sur l'offre de services et celles concernant la redéfinition des services assurés. Il convient d'abord de mentionner que dans la planification des besoins de ressources sociosanitaires pour les prochaines années, le Ministère les a établis en supposant une substitution de ressources (ex. : recours au secteur privé), des taux d'occupation plus élevés ainsi qu'un développement devenu nécessaire des services de maintien à domicile.

Mentionnons ensuite qu'en plus du processus systématique de révision périodique des services assurés, une redéfinition plus fondamentale des services couverts par le régime devra être entreprise, au cours des prochaines années. De plus, les services de base et les services complémentaires seront redéfinis, et les principes de partage de responsabilité et de financement seront révisés, tel que décrit plus loin. Ces modifications entraîneront des impacts majeurs sur la dynamique de financement des services sociaux et de santé du Québec.

De façon globale, les multiples mesures envisagées par le Ministère pour infléchir la dynamique des dépenses forment un ensemble complexe et il n'est pas possible d'évaluer l'impact conjoint de toutes ces mesures. Il n'est pas question cependant de ne pas répondre aux besoins croissants de la population. Toutefois, les mesures envisagées sont ambitieuses, elles portent sur un ensemble de facteurs déterminants sur la dynamique des dépenses et elles devraient au moins permettre de résoudre une première difficulté : des dépenses appelées à croître trop rapidement et pouvant nuire à la compétitivité de l'économie du Québec.

3. MESURES PORTANT SUR L'ALLOCATION ET L'UTILISATION DES RESSOURCES :

apporter des correctifs nécessaires afin de répondre efficacement aux problèmes avec les ressources disponibles

Des correctifs de type «redistributif» doivent aussi être apportés aux processus d'allocation des ressources entre les différents distributeurs de services, et les profils d'utilisation par des consommateurs et des dispensateurs doivent également être améliorés. Contrairement aux mesures de la section précédente, qui visaient à réduire DIRECTEMENT les pressions sur la dynamique des dépenses totales, les mesures qui suivent visent surtout à apporter des ajustements «qualitatifs» aux modes d'allocation des ressources et à leurs modalités d'utilisation.

Ces ajustements consistent essentiellement à mieux faire correspondre les services et les ressources limitées disponibles aux besoins et à leur évolution et à s'assurer qu'ils seront utilisés le plus adéquatement possible, de manière à accroître leur «rendement», soit leur capacité à résoudre les problèmes. INDIRECTEMENT toutefois, en réorientant les ressources

disponibles de façon plus rigoureuse, ces mesures apparaissent susceptibles de contribuer à réduire l'importance des pressions anticipées sur l'évolution des dépenses totales. Elles constituent donc non seulement un «plus» dans l'adaptation des services axés sur les besoins des citoyens tel que visé par la Réforme, mais aussi un complément nécessaire aux mesures directes de réduction du rythme d'évolution des dépenses globales. Ces principales mesures sont les suivantes :

3.1 Recentrer le réseau sur des objectifs de résultats

- Rendre publique une politique de santé et de bien-être qui énoncera :
  - des objectifs axés sur la réduction de problèmes prioritaires et sur les besoins de clientèles spécifiques;
  - des stratégies à privilégier et, parmi elles, la reconnaissance et le soutien de la contribution essentielle des personnes, des familles et des communautés;
  - les moyens disponibles jugés les plus efficaces pour les atteindre.

3.2 Réviser la mission des établissements

- Réévaluer la mission et le rôle des établissements en vue d'atteindre une meilleure complémentarité dans la dispensation des services, ceci en tenant compte notamment du rôle important qu'assument les organismes communautaires.

3.3 Allouer les ressources en fonction des besoins des populations à desservir et de la performance des établissements

- **Les besoins :** élaborer une nouvelle budgétisation de manière à privilégier l'allocation budgétaire en fonction d'objectifs sociosanitaires plutôt qu'en fonction des demandes des dispensateurs de services.
- **Les régions :** allouer des enveloppes régionales en fonction non pas du nombre et des caractéristiques des producteurs mais de la population à desservir.
- **Les établissements :** réviser les bases budgétaires en tenant compte, d'une part, de leur performance et, d'autre part, de l'atteinte de l'équité interrégionale.
- **Les médecins :** d'ici deux ans, les médecins devront soumettre un plan permettant d'améliorer leur répartition géographique et leur disponibilité dans les établissements du réseau.

3.4 Favoriser une utilisation plus appropriée des services pour certaines clientèles

- Canaliser les consultations vers les CLSC et les cabinets privés au moyen notamment d'un ticket orienteur.

- Mettre l'accent sur la prévention (notamment en matière d'utilisation des médicaments).

4. MESURES PORTANT SUR LE FINANCEMENT :

respecter la capacité financière de l'État et établir des liens transparents entre les dépenses et leur financement, tout en respectant les objectifs fondamentaux du gouvernement dans le secteur sociosanitaire

4.1 Mise en situation

Les dépenses des services sociaux et de santé augmenteront à un rythme qui sera de plus en plus incompatible avec celui de la capacité de financement du fonds consolidé du revenu. Afin d'éviter de détériorer davantage la situation financière du gouvernement, des efforts majeurs seront consacrés au cours des prochaines années pour infléchir en priorité le rythme des dépenses et améliorer la performance. Compte tenu cependant que les impacts financiers résultant de ces efforts sont susceptibles de ne se réaliser qu'à moyen et à plus long terme, et d'être en partie compensés par l'évolution des besoins, le manque à gagner , qui pourrait varier entre 1 milliard $ et 2 milliards $ d'ici cinq ans, selon les hypothèses utilisées, devra être compensé en bonne partie par des mesures permettant de procurer des revenus supplémentaires.

Dans ce contexte, le Ministère propose que deux objectifs stratégiques soient simultanément poursuivis par le gouvernement :

1) Pour ce qui est des sources de financement :

Réduire la part actuelle provenant des impôts généraux et de la taxation en faisant appel à des sources de financement complémentaires, tout en s'assurant que celles-ci ne fassent pas obstacle à l'accessibilité des services pour les plus démunis.

2) Pour ce qui est des modalités du financement :

Rendre plus transparente l'existence des liens entre les dépenses de santé et de services sociaux et leur besoins de financement. Cet objectif vise à réduire le sens actuel de la gratuité des services et à accroître l'exercice de la responsabilité individuelle et collective à l'égard des dépenses et du financement des services sociaux et de santé.

Ces objectifs financiers prioritaires devront trouver une conciliation acceptable avec les objectifs fondamentaux du gouvernement et du réseau, qui sont : 1) l'«accessibilité» aux services que leur état requiert; 2) pour tous les citoyens du Québec (universalité) et 3) en tenant compte d'une équité de chances entre les personnes malades et non malades; de plus, bien que la question de la redistribution des revenus ne relève pas directement de ses responsabilités fondamentales, le Ministère accorde une grande importance à une équité du financement entre les citoyens avantagés et les citoyens moins bien nantis, tel que mentionné précédemment (voir chapitre I, section 3, 3.5).

4.2 Pistes d'orientations et options envisageables concernant les services de base

Dans cette perspective de conciliation, il y aurait lieu d'abord de distinguer les services de base des services complémentaires.

De façon générale, les services de santé de base incluraient les services médicaux, ainsi que les services diagnostiques et thérapeutiques en établissements. Les services complémentaires incluraient les services complémentaires actuels administrés par la RAMQ, de même que des services de soutien offerts dans les établissements et qui ne sont pas liés directement à des services diagnostiques ou thérapeutiques médicalement requis (ex. : repas, hôtellerie, ouverture de dossiers appartenant aux bénéficiaires). Concernant les services sociaux, la distinction entre les services de base et les services complémentaires exigerait des travaux supplémentaires détaillés.

En ce qui concerne les services de base, deux grandes pistes d'orientation apparaissent envisageables. Leurs conséquences seraient cependant fort différentes.

En effet, la première piste d'orientation donne à la notion d'accessibilité un sens strict de consommation des services sans contributions financières directes, ce qui exclurait toute contribution des bénéficiaires, même symbolique, liée à leur consommation. Cette orientation est celle qui prévaut actuellement et que le Ministère a jusqu'à maintenant privilégiée pour les services de base. En ce qui concerne la seconde piste d'orientation, par contre, l'accessibilité «sans obstacle financier» n'aurait pas un sens absolu. Elle ne signifierait pas une accessibilité sans contributions des bénéficiaires mais elle exigerait que les contributions qui pourraient leur être demandées ne constituent pas un obstacle à leur accès aux services que leur état de santé requiert.

4.2.1 Première piste d'orientation : une responsabilisation collective, une mutualisation des risques

Cette première piste d'orientation consisterait essentiellement à continuer à considérer le financement des services sociaux et de santé comme étant du ressort d'une responsabilité collective, mais à réviser les modalités de financement fiscal actuelles.

Cette conception, qui est à la base du système actuel, privilégie le fait que les services de base couvrent essentiellement des besoins de prévention et des risques «exogènes» (hors du contrôle des individus). Les conséquences de ces risques peuvent être majeures pour la santé des citoyens de même que pour leur sécurité financière. L'accessibilité à ces services présente un caractère de nécessité et d'absence de choix. De plus, la prévoyance individuelle par l'épargne ou par le libre exercice du marché privé de l'assurance ne permettrait pas de couvrir tous les citoyens contre ces risques majeurs à un coût abordable, en raison du phénomène de la «sélection inverse» (c'est-à-dire le rejet des «mauvais risques»). Il est par conséquent d'intérêt public que tous les citoyens soient prémunis contre ces risques, y compris les citoyens les moins bien nantis. Aussi, conformément à son rôle fondamental, l'État doit-il assurer la poursuite du bien commun en promouvant la santé de l'ensemble de la population et en protégeant les citoyens désavantagés. Cette approche mène ainsi à ne pas privilégier l'établissement d'un lien entre la consommation individuelle et les contributions au financement des dépenses, afin d'assurer l'accessibilité de tous les citoyens aux services sans barrière financière. Elle tend plutôt à privilégier un financement collectif pour les services de base.

En vertu des modalités actuelles, tous les particuliers et les entreprises du Québec qui bénéficient des services sociaux et de santé sont appelés à contribuer à leur financement par leurs impôts et leurs taxes générales, qui sont versés au fonds consolidé. Cependant, ces modalités n'établissent aucune transparence et aucun lien systématique entre les dépenses **globales** des services sociaux et de santé et leur financement **global**, ce qui ne contribue pas à favoriser l'exercice de la responsabilité collective. Le sens du partage des risques et des coûts de l'assurance mutuelle est également disparu.

Aussi, compte tenu du contexte financier actuel, où tous les intervenants et tous les facteurs doivent contribuer à améliorer l'efficience, y aurait-il lieu de rétablir un lien transparent et systématique entre les dépenses globales et les contributions globales des particuliers. L'on pourrait ainsi associer leurs contributions au financement des services sociaux et de santé (ou une part de leurs contributions) spécifiquement à une sorte «d'assurance groupe», portant sur les risques collectifs couverts par ces services.

En plus d'assurer la transparence globale des coûts et du financement et de renforcer le principe de la responsabilisation collective des citoyens d'aujourd'hui à l'égard du financement des services qu'ils consomment, ce lien permettrait de façon opérationnelle d'assurer une évolution du financement global qui refléterait de façon plus efficace qu'actuellement la valeur des services consommés par l'ensemble de la collectivité. Il permettrait donc de procurer le financement requis au cours des prochaines années tout en préservant les principes fondamentaux actuels du système, notamment l'accessibilité, l'universalité et l'équité. Il faciliterait également l'acceptation par les citoyens des augmentations de leurs coûts d'assurance sociosanitaire, ce coût étant clairement associé à l'évolution de leur consommation globale et des coûts de production des services consommés. À cet égard, divers sondages récents ont fait ressortir que les citoyens seraient généralement disposés à augmenter leurs efforts de financement des services de santé, à condition toutefois d'être assurés que ces revenus soient exclusivement consacrés à ces services et qu'ils ne soient pas confondus dans l'ensemble des revenus du fonds consolidé.

Pour ce qui est de l'application de cette orientation possible, trois options apparaissent actuellement envisageables. Le Ministère soumet ces options au débat public, afin que les choix à venir puissent tenir compte des commentaires exprimés et des préférences de la population. Voici ces options :

1) **Une cotisation sur le revenu des employés et des travailleurs autonomes identifiée à l'assurance sociosanitaire**

Cette option consisterait en une cotisation des employés et des travailleurs autonomes dont les modalités pourraient ressembler à la cotisation qui prévalait en 1976-1977. Cette cotisation était à cette période de 1,5 % du salaire excédant un seuil pour les célibataires et un seuil pour les personnes déclarant un conjoint à charge. Ce seuil correspondait aux prestations de la sécurité du revenu. De plus, s'appliquait un maximum annuel correspondant, en dollars courants, à 600 $ pour les personnes dont le revenu était composé à 75 % ou plus de salaire, et à 950 $ pour celles dont le revenu était composé de moins de 75 % de salaire.

Une telle cotisation à titre d'assuré, pour être significative, nécessiterait d'être instituée simultanément à une réduction correspondante de l'impôt général sur le revenu des particuliers. Les paramètres précis d'une telle mesure devraient être évalués en fonction des besoins anticipés pour le financement de la santé et des services sociaux au cours des prochaines années.

Notons qu'une variante à cette mesure pourrait consister en une prime-santé à taux fixes, par famille ou par personne seule, telle qu'il en existe déjà dans d'autres provinces pour l'assurance-maladie. En raison de son caractère régressif, cette modalité n'a cependant pas été retenue.

2) Un «impôt-santé»

Cette option alternative consisterait à identifier une partie de l'impôt sur le revenu des particuliers comme dévolue exclusivement au financement des dépenses de santé et des services sociaux. Cet impôt-santé serait ajusté annuellement en fonction de l'évolution des besoins de financement des services sociaux et de santé et de la conjoncture économique.

3) Une assignation de la taxe de vente du Québec au financement des services de santé et des services sociaux

Dans l'hypothèse d'un équilibre à maintenir entre la totalité des dépenses et des sources de financement, la contribution du fonds consolidé pourrait se traduire sous la forme d'une assignation de la TVQ au financement des dépenses sociales et de santé.

Avantages et désavantages respectifs

Ces trois options partageraient certains avantages communs, notamment :

- elles permettraient de prélever le financement requis de façon transparente, sans remettre en cause les objectifs fondamentaux du Ministère, dont l'accessibilité, et sans contrevenir à la loi C-3;

- la population apparaît plus réceptive à des formules de taxation destinée spécifiquement à des services de santé et à des services sociaux qu'à une taxation sans fins spécifiques;

- l'une ou l'autre de ces options permettrait de recréer un lien symbolique global entre la personne assurée et le régime public d'assurances, et de sensibiliser les bénéficiaires au coût global des services assurés et à leur évolution;

- l'option d'une cotisation sur les salaires aurait comme avantage de s'apparenter à une prime d'assurance et aurait, pour le contribuable, plus de chances d'être dissociée de la fiscalité générale qu'un impôt-santé. Cependant, compte tenu du vieillissement et de l'évolution économique, le rendement d'une contribution sur les salaires serait appelé à varier avec le taux de chômage et à diminuer à long terme en fonction de la réduction du taux des actifs/inactifs, ce qui représente un désavantage;

- l'option d'une assignation de la taxe de vente du Québec, qui constitue une taxe (donc non associée au impôts généraux) et qui est associée à la consommation plutôt qu'à la production, aurait comme avantage de concourir aux objectifs de réaménagement de la fiscalité que poursuit le gouvernement dans le but d'améliorer la concurrentialité. De plus, elle comporterait un lien indirect avec la richesse et un certain élément de liberté de choix.

De façon générale, cette piste d'orientation, axée sur une responsabilisation collective du financement des services de base, et ces options de révision des modalités de financement général visant à rétablir des liens transparents et systématiques avec l'évolution des besoins spécifiques de financement des dépenses sociosanitaires, respectent les principes fondamentaux d'accessibilité, d'universalité et d'équité ainsi que les lois québécoises et fédérales en vigueur. Aussi, recueillent-elles la préférence du Ministère.

Cependant, l'on doit reconnaître les désavantages importants de cette approche, du point de vue des finances publiques du Québec, dans le contexte actuel.

En effet, cette approche ne permet pas d'établir de liens entre la consommation individuelle et le financement. Son impact sur la responsabilisation individuelle risquerait donc d'être relativement peu important. Mais surtout, les modalités de financement fiscalisé qu'elle implique pourraient entraîner une augmentation du fardeau fiscal des Québécois et des Québécoises.

Or, le fardeau fiscal du Québec est déjà très élevé et sa réduction fait partie des objectifs prioritaires du gouvernement. En 1991-1992, le Québec prélèvera au titre de l'impôt sur le revenu des particuliers 2,6 milliards $ de plus qu'en Ontario sur une base comparable. Ce niveau, le gouvernement le juge déjà trop élevé, et les citoyens du Québec expriment leur volonté générale qu'il ne soit plus augmenté. L'opinion publique, telle que nous la révèlent certains sondages, semble nous indiquer que les citoyens préféreraient majoritairement que cet effort supplémentaire de leur part soit prélevé au moyen d'une contribution tarifaire plutôt que fiscale. Le Ministère, sensible à ces préoccupations légitimes du gouvernement et des contribuables, se doit donc d'examiner, avec les citoyens, les possibilités de tarification des services de base et des services complémentaires.

4.2.2 Deuxième piste d'orientation : une contribution individuelle modeste reliée à la consommation, avec des mesures assurant l'accessibilité de tous les citoyens

Présentement, il n'existe aucune solution de rechange à des formules de financement fiscalisé, pour les services de base (incluant les services d'hôtellerie, de repas et de gestion des dossiers). La loi canadienne sur la santé (C-3) prévoit des réductions des transferts fédéraux correspondantes à tous revenus que pourraient percevoir les provinces au moyen de modalités, directes ou indirectes, faisant obstacle à l'accessibilité aux services. Il pourrait être intéressant cependant, comme piste de réflexion, d'examiner quelles pourraient être les possibilités alternatives d'introduction d'une source de financement non fiscale pour les services de base. Dans l'éventualité où les contraintes imposées par la loi fédérale C-3 étaient levées, à quoi pourrait ressembler une contribution des bénéficiaires reliée à leur consommation, et quelles en seraient les conséquences pour les Québécois et les Québécoises?

Tout d'abord, une contribution des usagers établie à un niveau trop important pourrait entraîner des conséquences néfastes non acceptables. En particulier, elle pourrait entraîner un report de consommation de services de prévention; elle serait susceptible d'affecter tout autant la consommation de soins nécessaires que de soins qui le sont moins et ce, particulièrement pour les citoyens les plus démunis, qui sont par ailleurs affectés par une incidence plus élevée de problèmes de santé. Une telle contribution importante des usagers au coût des services de santé est généralement associée à la notion de «ticket modérateur». Bien qu'une contribution importante des usagers existe déjà dans certains pays où le régime de financement est basé sur des cotisations de salariés, la position traditionnelle du Ministère n'a pas favorisé l'application du ticket modérateur au Québec, non seulement en raison de la loi C-3, mais en raison des désavantages relatifs qu'il pourrait représenter en tant que source importante de financement. On trouvera à l'annexe 3 une liste des principaux désavantages et avantages associés au ticket modérateur.

Une contribution éventuelle des usagers aux services de base, dans l'hypothèse où les contraintes de la loi C-3 étaient levées, ne pourrait donc être établie qu'à un niveau relativement modeste, et avec des modalités assurant qu'elle ne remettrait pas en cause l'accessibilité de tous les citoyens aux services. Afin d'assurer cette accessibilité, certaines conditions devraient être respectées :

- les citoyens désavantagés devraient nécessairement être exemptés de défrayer une contribution des usagers (ex. : exemption des bénéficiaires de la sécurité du revenu et des personnes âgées bénéficiant du maximum du supplément de revenu garanti);

- les contributions des usagers devraient tenir compte des bénéficiaires qui doivent consulter fréquemment, ainsi que de leur capacité de payer; à cette fin, des mécanismes comme l'application d'un crédit d'impôt remboursable pourraient être prévus;

- l'accessibilité aux services de base au moment où leur consommation est requise devrait être assurée indépendamment de la liquidité dont dispose le bénéficiaire à ce moment; des mécanismes appropriés pourraient assurer le cas échéant le report du paiement.

Les modalités de contribution devraient également tenir compte de la nature différente des consultations et examens médicaux, et de la nature des séjours en établissements hospitaliers.

OPTION D'UNE CONTRIBUTION POUR LES SERVICES HOSPITALIERS DE SOUTIEN ET D'ACCOMMODEMENT

La plupart des régimes d'assurance prévoient une franchise de l'ordre de 20 %. Un tarif représentant 20 % du coût total d'un séjour hospitalier moyen de courte durée (8,5 jours; 4 100 $) s'établirait à environ 820 $. Un tel tarif pourrait grandement affecter l'accessibilité aux services des personnes les plus démunies, avec toutes les conséquences possibles sur l'état de santé des bénéficiaires. C'est pourquoi, en ce qui concerne les services hospitaliers, une contribution des usagers ne pourrait être liée à la valeur des services consommés sans compromettre la responsabilité de l'État à l'égard de la santé de la population et de la protection des plus démunis.

Cependant, les services hospitaliers actuellement assurés en vertu de la loi C-3 incluent des services de soutien et d'accommodement aux bénéficiaires (par exemple : l'hôtellerie, les repas, et la gestion des dossiers médicaux). Si ces services concourent au bien-être des bénéficiaires, il ne sont pas en soi des services médicalement requis (sauf les repas préparés selon des diètes personnelles). Les patients hospitalisés devraient normalement assumer des frais de repas à la maison ou dans d'autres types d'établissements. Aussi, une certaine contribution, tenant compte de leur capacité de

payer, pourrait-elle être envisagée. Cette contribution pourrait être basée sur une récupération du coût réel de ces services de soutien et d'accommodement; elle devrait exclure les clientèles démunies et tenir compte de la capacité de payer des bénéficiaires, au moyen par exemple d'un crédit d'impôt remboursable. Une telle contribution apparaîtrait également raisonnable, en permettant de reconnaître une juste part des bénéfices individuels que procure l'utilisation des services publics de santé.

OPTION D'UNE CONTRIBUTION POUR LES SERVICES MÉDICAUX

Contrairement aux services hospitaliers, les services médicaux non reliés à une hospitalisation présentent un profil d'une utilisation très étendue et d'un faible coût unitaire.

Ainsi en 1989, près de 80 % de la population québécoise a bénéficié au moins une fois d'examens en cabinet, de consultations en services externes ou à l'urgence ou de visites à domicile. Ces personnes ont fréquenté en moyenne 5,7 fois les services médicaux, et les services qu'elles ont consommés ont coûté en moyenne 112 $. Les plus grands consommateurs de services médicaux ont été les personnes âgées de 65 ans et plus, qui ont en moyenne consulté 8,4 fois pour des services médicaux.

Sur la base de ces constats, et d'autres informations, on peut établir les points suivants :

- une contribution des usagers toucherait annuellement la grande majorité des citoyens, et pourrait s'appliquer à environ 28 millions de services médicaux consommés, excluant les prestataires de la sécurité du revenu et les bénéficiaires du maximum du supplément de revenu garanti;

- une franchise correspondant à 20 % du coût des services médicaux représenterait une contribution annuelle moyenne d'environ 22 $ par participant (37 $ pour les personnes âgées), et se chiffrerait à environ 5 $ par service consommé;

- en plus de tenir compte de la capacité individuelle de payer des citoyens les plus démunis de la société, il serait possible de tenir compte des citoyens nécessitant une fréquence exceptionnellement élevée de services médicaux et de leur capacité de payer, par l'application d'un crédit d'impôt remboursable.

OPTION D'UN IMPOT-SERVICES GÉNÉRALISÉ AUX SERVICES HOSPITALIERS ET MÉDICAUX

Dans le cadre de la Réforme, l'imposition d'une contribution des bénéficiaires de services complémentaires administrés par la Régie de l'assurance-maladie a été retenue, sous la forme envisagée d'un impôt-services. Le mécanisme pourrait s'étendre aux services médicaux et hospitaliers, après révision des normes fédérales, et consisterait notamment:

- en l'ajout au revenu imposable des contribuables du coût des services obtenus dans l'année écoulée;

- en l'application d'un taux d'impôt progressif sur le coût des services reçus;

- en la limitation du montant ainsi perçu à un pourcentage à déterminer du revenu imposable des particuliers.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES OPTIONS DE CONTRIBUTIONS AUX SERVICES DE BASE

De façon générale, si l'on tient compte du contexte actuel de saturation fiscale et des modalités qui pourraient être appliquées, il pourrait être envisagé qu'une certaine place soit accordée à des sources complémentaires de financement liées à la consommation individuelle des services de base assurés.

Les options envisageables de contribution des usagers énoncées précédemment favoriseraient en effet la responsabilité individuelle et l'efficience, qui font partie des objectifs du Ministère. Le coût modeste qu'elles impliqueraient pour les bénéficiaires, conjointement à l'exclusion des personnes démunies et à la prise en considération de la capacité de payer par un crédit d'impôt remboursable, n'apparaît pas susceptible de contrevenir en pratique à l'accessibilité de tous les citoyens aux services requis. Des précautions moins importantes, d'ailleurs, semblent être appliquées dans plusieurs pays exigeant une franchise sur les services de base, sans qu'il soit démontré d'effets pervers sur la santé des individus. De plus, ces modalités de contribution des usagers permettraient apparemment de répondre en partie aux préoccupations légitimes des contribuables. Elles permettraient de contribuer de façon importante au problème du manque à gagner du gouvernement dû au désengagement fédéral au cours des prochaines années, sans alourdir la dette ni la concurrentialité de la fiscalité québécoise. Pour les contribuables, ces modalités permettraient de minimiser les augmentations du fardeau fiscal, en prélevant des contributions complémentaires modestes des usagers. La formule actuelle de financement demeurerait globalement l'une des plus progressives. Par conséquent, en pratique, ces mesures n'apparaissent pas constituer une réorientation fondamentale du régime de santé du Québec.

Mentionnons que de façon plus spécifique, les modalités de l'impôt-services apparaissent en principe les plus avantageuses. Elles permettraient de maintenir la gratuité pour les personnes qui n'ont aucun revenu imposable (c'est-à-dire les bénéficiaires de la sécurité du revenu et les personnes âgées qui reçoivent le maximum du supplément de revenu garanti). Pour les autres, la contribution tiendrait compte de façon progressive du revenu et des services reçus, sans dépasser un seuil maximal du revenu imposable. En pratique toutefois, ces modalités pourraient être complexes à administrer et pourraient impliquer des coûts administratifs importants.

Dans le contexte actuel, il n'apparaît pas possible pour le Ministère de réconcilier la nécessité de compenser le désengagement fédéral du financement de la santé, le maintien des normes absolues de la loi C-3 empêchant toute contribution même modeste des usagers, et les préoccupations légitimes du gouvernement et des contribuables d'éviter des augmentations de la fiscalité. La résolution de cette incompatibilité sera traitée plus loin. On peut pour le moment conclure que dans le cadre actuel de la loi C-3, le Ministère ne peut proposer aux contribuables des options de mesures de financement autres que celles décrites dans la première piste d'orientation, basées sur une responsabilisation collective.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, l'orientation envisagée pour les services de base consisterait :

- à réaffirmer la prépondérance de la responsabilité collective à l'égard du financement des services de base et établir un lien systématique entre les dépenses globales et les contributions globales des particuliers, en associant ces contributions à une prime d'assurance collective;

- à entreprendre une révision de la définition des services de base, afin notamment que certains services moins importants puissent être considérés comme services complémentaires, et faire l'objet d'une contribution financière des usagers.

Par ailleurs, bien qu'un financement fiscalisé demeure approprié comme source principale de financement pour les services de base, le Ministère considère qu'en raison de la situation financière et fiscale actuelle, une contribution des usagers pourrait être envisagée, dans l'éventualité où les contraintes de la loi C-3 étaient levées, afin de sensibiliser les bénéficiaires aux coûts des services consommés. Toutefois, cette contribution devrait être modeste et devrait être fixée en tenant compte de la capacité de payer; les citoyens désavantagés en seraient donc exemptés. Enfin, des mécanismes de report du paiement devraient être prévus.

4.3 Orientations et options envisageables, services complémentaires

Pour leur part, les services complémentaires actuels administrés par la RAMQ offrent des possibilités d'arbitrage différentes entre les objectifs prioritaires de financement et les objectifs poursuivis par le Ministère.

Ces services sont considérés comme n'étant pas de même nature que les services médicaux et hospitaliers compris dans les services de base. La loi C-3 n'oblige pas les provinces ni à assurer ces services, ni à ne pas demander une contribution financière des bénéficiaires. Certaines provinces et certains

pays exigent déjà un copaiement des bénéficiaires pour ces services complémentaires (voir annexe 4). La couverture des services complémentaires au Québec apparaît également relativement avantageuse par rapport à certaines autres provinces. Les services complémentaires, bien qu'ils représentent une partie relativement faible des coûts totaux des services sociaux et de santé, offrent donc une marge de manœuvre, compte tenu des contraintes actuelles imposées par le gouvernement fédéral.

Aussi, le Ministère considère-t-il que des arbitrages lui sont acceptables à l'égard d'une contribution des usagers des services complémentaires, sous certaines réserves : 1) que l'accessibilité des citoyens démunis aux services complémentaires soit maintenue et 2) que les contributions financières demandées maintiennent un lien individuel avec la capacité de payer.

L'orientation envisagée par le Ministère à l'égard des services complémentaires consiste donc :

- à établir un lien direct entre la consommation individuelle et la contribution financière, par une récupération totale ou partielle des coûts réels des services consommés;
- à exempter les personnes démunies d'une contribution liée à la consommation de ces services et à tenir compte de la capacité de payer des usagers;
- à inciter davantage les citoyens à la prévention et à l'utilisation responsable de ces services (ex. : voir les orientations et mesures à l'égard des services pharmaceutiques).

Dans le sens de ces orientations, trois principales options apparaissent envisageables au Ministère, à savoir : 1) un impôt-services sur les programmes complémentaires; 2) une tarification des services pharmaceutiques associée à un crédit d'impôt remboursable et 3) une désassurance des services optométriques et des services dentaires curatifs, associée à un crédit d'impôt remboursable.

1) L'option d'un impôt-services sur les services complementaires

De grands avantages favorisent au départ la formule de l'impôt-services du fait qu'elle permettrait d'assurer une contribution du bénéficiaire qui augmenterait en fonction de son revenu. De plus, des déductions du revenu imposable pourraient être modulées de façon à exempter les personnes âgées recevant le maximum du supplément du revenu garanti et les personnes de moins de 65 ans ayant un seuil de revenu correspondant aux prestations de la sécurité du revenu. L'impôt-services aurait également l'avantage d'appliquer une approche uniforme de contribution des bénéficiaires pour les programmes visés. Enfin, l'impôt-services soutiendrait les efforts visant à inciter les usagers à la prévention.

La formule de l'impôt-services avait été dans un premier temps privilégiée par le Ministère. Après examen cependant, il appert qu'elle comporterait des désavantages importants en pratique.

L'impôt-services apparaît en effet complexe à administrer du fait notamment que le lien entre les consommateurs (ex. : enfants et personnes à charge) et la personne à facturer (ex. : parents responsables) n'est pas toujours juridiquement évident. Les coûts administratifs en seraient élevés, soit de l'ordre de 15 millions $. La complexité administrative et l'importance de tels coûts pourraient se justifier plus facilement dans l'éventualité d'une extension de la formule d'impôt-services aux services de base. Or, une telle éventualité n'apparaît pas probable actuellement. De plus, même dans l'éventualité d'une extension aux services de base, il apparaît que l'impôt-services serait lourd à administrer et présenterait des problèmes d'équité vis-à-vis certains services sociaux d'hébergement. À la suite de consultations effectuées par le Ministère auprès d'assureurs privés, il apparaît également que les bénéficiaires pourraient très difficilement contracter des assurances pour se prémunir contre les risques associés aux coûts des services complémentaires, si l'on appliquait la formule de l'impôt-services.

Mentionnons enfin que malgré ses avantages apparents, l'impôt-services n'a été à notre connaissance appliqué dans aucun pays.

2) L'option d'une tarification des services pharmaceutiques associée à un crédit d'impôt remboursable

Le coût annuel moyen des services pharmaceutiques des personnes âgées s'élève parfois à des montants impressionnants. Aussi, la désassurance des médicaments pour personnes âgées ne pourrait être envisagée. L'on pourrait cependant appliquer une tarification fixe par prescription équivalente à celle que plusieurs autres provinces demandent de leurs bénéficiaires. Les personnes âgées bénéficiaires du maximum du supplément du revenu garanti, de même que les bénéficiaires du programme de services pharmaceutiques de l'assistance-maladie seraient exemptés. Enfin, un crédit d'impôt remboursable permettrait de tenir compte de la capacité de payer, particulièrement pour les bénéficiaires nécessitant un haut volume de services ou des médicaments coûteux.

3) L'option d'une désassurance des services optométriques et des services dentaires curatifs associée à un crédit d'impôt remboursable

L'introduction de services dentaires assurés pour les enfants visait à favoriser la prévention et à corriger un nombre élevé de caries affectant leur santé dentaire. Des progrès importants ont été observés depuis l'introduction du programme. Une désassurance éventuelle ne porterait que sur la partie des services dentaires curatifs de ce programme dont les coûts peuvent être en grande partie évités par une hygiène buccale normale qui relève de la responsabilité individuelle et familiale. Les efforts actuels d'éducation à l'hygiène buccale et les services d'examen annuel

ayant un effet préventif seraient maintenus. La désassurance ne s'appliquerait pas aux enfants de familles bénéficiant de prestations de la sécurité du revenu.

Pour sa part, le programme actuel de services optométriques couvre essentiellement l'examen de la vision, limité à un examen par an. Pour les bénéficiaires, le coût de ces services (le coût moyen est de 32 $ en 1991) ne représente plus qu'une partie mineure des coûts associés au port de verres correcteurs qui eux, ne sont pas assurés, ainsi qu'une fraction du revenu familial annuel moyen actuel. Ils ne représentent donc pas un risque financier majeur pour la famille moyenne. De plus, la désassurance des services optométriques ne s'appliquerait pas aux prestataires de la sécurité du revenu ni aux personnes âgées recevant le maximum du supplément de revenu garanti.

La désassurance des services optométriques et des services dentaires curatifs serait associée à un crédit d'impôt remboursable pour les services préalablement assurés. Cette mesure compléterait le régime fiscal actuel et permettrait d'assurer que les contributions des usagers aux services complémentaires tiennent compte de leur capacité à payer.

4) Avantages et désavantages des options de contribution aux services complémentaires

L'objectif de ces mesures de désassurance et de tarification, rappelons-le, est de réduire la part financée par le gouvernement et de rétablir un lien individuel transparent entre la consommation et le financement. Ces mesures de tarification et de désassurance contribueraient de façon importante à cet objectif et pourraient signifier, dépendant des modalités d'application, une économie nette totale qui pourrait dépasser 100 millions $ annuellement.

Par rapport aux objectifs fondamentaux du système de santé, ces mesures, telles qu'énoncées, apparaissent pouvoir minimiser de façon pratique et raisonnable les désavantages potentiels touchant l'accessibilité, notamment en protégeant les clientèles à faibles revenus ou à forte consommation. De plus, elles maintiennent le cas échéant les services préventifs et s'inscrivent dans l'approche de responsabilisation actuelle du Ministère.

Des mesures comparables sont appliquées depuis plusieurs années dans plusieurs pays et d'autres provinces, sans que l'on considère qu'elles n'entraînent d'effets inacceptables. Enfin, ces mesures ne font pas supporter un risque financier important susceptible de nuire aux conditions de santé des individus. Elles ne constituent donc pas une réorientation fondamentale du régime public québécois, mais un réaménagement normal et nécessaire adapté aux circonstances.

Ces mesures de contribution des usagers portent exclusivement sur les services complémentaires administrés par la RAMQ. D'autres mesures de contributions pourraient aussi être instituées, notamment pour certains services sociaux qui se prêteraient mieux que d'autres à une tarification pour des clientèles ayant une capacité de payer (ex. : aide domestique à

domicile, etc.). Rappelons que la définition des services assurés de base ou complémentaires relève en propre de la compétence du Québec, bien que la loi fédérale C-3 définisse les normes de services de santé qui doivent être assurés pour bénéficier des transferts fédéraux dans le cadre du Financement des programmes établis. Le cas échéant, le Ministère est d'avis que certains services de soutien et d'accommodement dans les établissements (ex. : repas, hôtellerie, ouverture de dossiers personnels) pourraient sous certaines conditions être redéfinis comme services complémentaires et faire l'objet d'une contribution des bénéficiaires. De façon générale, il n'est pas possible actuellement de redéfinir les services assurés. Des travaux supplémentaires seront requis pour redéfinir les services sociaux et de santé de base et complémentaires. Cependant, la distinction présentée entre services de base et services complémentaires et la révision des principes de partage des responsabilités et du financement pour ces deux catégories de services représentent un changement d'approche important qui permettrait, dans l'avenir, de réaliser une conciliation acceptable des objectifs fondamentaux poursuivis par le Ministère et des objectifs financiers prioritaires que commande la situation actuelle des finances publiques.

On trouvera à l'annexe 5 quelques réflexions sur la définition des services assurés. Ces réflexions, notamment, font une distinction entre le «panier» (ou la liste) des services assurés et la gestion des services assurés dans le cadre de la définition opérationnelle actuelle. Elles énoncent également certaines mesures ou options de mesures susceptibles d'améliorer l'imputabilité des services assurés et d'alimenter les réflexions sur la redéfinition du panier des services assurés.

4.4 La démarche fédérale-provinciale du Ministère

4.4.1 Une compétence provinciale exclusive, des intérêts et des responsabilités financières partagés

Les affaires sociales et la santé relèvent de façon irréfutable de la compétence exclusive des provinces en vertu de la Constitution canadienne.

Les affaires sociales et la santé sont des secteurs essentiels qui font appel aux valeurs les plus profondes d'une société et en ce sens, doivent refléter la spécificité de la société québécoise.

Depuis les vingt-cinq dernières années, le gouvernement du Québec a exercé de façon remarquable ses responsabilités et a doté ces secteurs d'une administration de qualité. Ces réussites prouvent de la façon la plus éloquente, et les citoyens du Québec n'en doutent pas, que la société québécoise n'aurait rien à gagner d'un nouveau partage des compétences dans les secteurs de la santé et des affaires sociales.

Les secteurs de la santé et des affaires sociales ont été jusqu'à maintenant de compétence provinciale exclusive et pour le meilleur intérêt des Québécois et des Québécoises, ils le sont pour le demeurer.

En raison des grandes disparités de richesse entre les citoyens des différentes provinces et de la nécessité d'assurer les risques majeurs pouvant affecter tous les citoyens du Canada, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux, dont celui du Québec, ont pris un engagement historique au milieu des années 60. Ils ont pris l'engagement de collaborer au développement et au maintien d'un système de santé permettant à chaque gouvernement provincial d'assurer aux citoyens des services médicaux et hospitaliers comparables. Cet engagement, les gouvernements fédéral et du Québec l'ont pris l'un envers l'autre; mais il l'ont surtout pris envers les citoyens canadiens et québécois.

Ce partage initial d'intérêts communs et de responsabilités financières s'est traduit par des arrangements financiers et fiscaux, en vertu desquels le gouvernement fédéral, exerçant son pouvoir de prélever des impôts et de dépenser, s'engageait à compenser en partie les écarts de capacité fiscale des provinces en assumant environ la moitié des coûts des services médicaux et hospitaliers. En contrepartie, les gouvernements des provinces s'engageaient à assurer la dispensation de ces services en respectant des normes standards, énoncées dans la loi canadienne sur la santé. Ces normes comprennent notamment les principes d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité gratuite, de transférabilité interprovinciale et de gestion publique.

C'est en raison de ces arrangements fiscaux que le secteur de la santé et des affaires sociales, qui est de compétence provinciale, est caractérisé depuis plus de vingt ans par une forte présence fédérale.

Dans le domaine des relations fédérales-provinciales comme dans toutes les autres dimensions des services sociaux et de santé, le Ministère axe sa démarche en privilégiant le point de vue des citoyens.

L'on doit d'abord reconnaître que les citoyens du Québec ont bénéficié de la collaboration du gouvernement fédéral et des gouvernements québécois successifs dans le secteur des services sociaux et de santé. Ces ententes ont contribué à permettre au gouvernement de doter le Québec d'un système de santé et de services sociaux qui fait l'envie de beaucoup de sociétés.

Cette collaboration a également bénéficié à tous les canadiens et au gouvernement fédéral. En ce qui concerne ce dernier, il est à noter que le système de santé unique du Canada, établi et maintenu grâce au respect par les provinces des normes de la loi C-3, est devenu avec les années un facteur déterminant de l'identité canadienne.

4.4.2 Une révision nécessaire de la collaboration fédérale-provinciale

Cependant, l'évolution de la collaboration fédérale-provinciale, au cours des années 80, et l'évolution prévisible au cours des prochaines années, soulèvent des inquiétudes sur le respect de

l'engagement qu'ont pris les gouvernements fédéral et québécois envers les intérêts collectifs des citoyens dans le secteur de la santé et des affaires sociales. Plus précisément, la situation actuelle pose, du point de vue des citoyens, un problème de transparence vis-à-vis l'utilisation des impôts qu'ils versent pour les services de santé et du point de vue des gouvernements, un problème de confusion dans le partage de leurs responsabilités respectives.

Les interventions successives et unilatérales de l'administration fédérale dans le cadre du FPE, dont le gel annoncé de la contribution par habitant et le renforcement de la loi fédérale sur la santé (C-3), au cours des années 80, constituent des décisions majeures pour le financement des services de santé du Québec.

Les citoyens du Québec sont en droit de connaître les implications de ces décisions sur les taxes et impôts qu'ils paient aux deux ordres de gouvernements pour bénéficier des services sociaux et de santé. La «citoyenneté» des Québécois et des Québécoises comprend, pourrait-on dire, une double dimension provinciale et fédérale, et les deux ordres de gouvernement sont pour leur part imputables auprès des mêmes citoyens du Québec des services et des choix opérés démocratiquement, en fonction de leur intérêt collectif.

Il n'est donc pas exagéré de parler d'une véritable opération de désintéressement fédéral dans le secteur de la santé.

Du point de vue particulier de la «citoyenneté» canadienne des Québécois et des Québécoises, on peut comprendre que ce prélèvement d'une partie des recettes fiscales fédérales qui aurait normalement été transférée aux provinces pour la santé, aux fins de réduire le déficit fédéral, puisse faire partie des intérêts des citoyens. La réduction de la dette publique fédérale et provinciale des citoyens constitue un objectif que partage le gouvernement du Québec. Cependant, du point de vue de l'administration publique provinciale, cette ponction des transferts fédéraux à la santé apparaît comme une déresponsabilisation, comme un désengagement à la fois inacceptable, injuste et incohérent à son égard.

Il apparaît **inacceptable** parce qu'il exprime un non-respect, de façon unilatérale, d'un engagement historique des gouvernements fédéral et provinciaux de collaborer au développement et au maintien de systèmes de santé qui permettent d'améliorer l'état de santé de l'ensemble des Canadiens alors que l'administration provinciale a toujours respecté sa partie de cet engagement.

Il apparaît **inacceptable** également parce qu'il survient à un moment où les pressions sur les systèmes de santé sont énormes, tant en raison du vieillissement de la population, du développement des technologies que de l'émergence de nouveaux besoins. Le désengagement fédéral a pour effet de reporter sur les provinces la responsabilité financière entière de faire face à ces pressions supplémentaires, alors qu'elles-mêmes doivent affronter de graves problèmes financiers.

Il apparaît **injuste** parce qu'il opère de façon aveugle, c'est-à-dire sans tenir compte de la capacité fiscale relative de chaque province. Il en résulte que les provinces les moins bien nanties comme le Québec doivent supporter un fardeau encore plus lourd pour compenser le manque à gagner et pour maintenir des services de santé accessibles et de qualité.

Il apparaît **incohérent** enfin avec les exigences mêmes imposées dans le cadre de la loi canadienne sur la santé. Cette loi impose comme on le sait aux provinces de maintenir un système de santé universel et accessible, tout en interdisant toute forme de contribution des usagers pour les services assurés et ce, sous peine de sanctions financières. Ces exigences limitent les capacités du Québec d'exercer ses responsabilités.

Au cours des années 80, le gouvernement du Québec a pris à sa charge la responsabilité de compenser le manque à gagner des transferts fédéraux, notamment par des mesures rigoureuses de contrôle de ses dépenses de santé, sans réduire les services. De même, au cours des prochaines années, le gouvernement du Québec, de concert avec l'ensemble des intervenants et de la population, entend mettre en place un ensemble de mesures d'amélioration du contrôle des dépenses et d'amélioration de l'efficience et de l'efficacité qui situeront le Québec à l'avant-garde dans la gestion de ses dépenses et dans la qualité de ses services aux citoyens.

L'on ne pourrait donc sérieusement prendre prétexte de dépenses de santé luxueuses ou de la façon dont ces dépenses sont gérées au Québec. Il appartient au gouvernement fédéral de respecter ses engagements.

Le gouvernement du Québec ne pourrait continuer à assumer indéfiniment tel que prévu le manque à gagner accéléré des transferts fédéraux du FPE à la santé. C'est pourquoi le gouvernement du Québec doit désormais s'adresser aux citoyens pour que ces derniers réinjectent en quelque sorte des fonds supplémentaires à ceux qu'ils fournissent déjà globalement au financement de leurs besoins en matière de santé, et pour faire ensemble des choix difficiles sur les services et sur les dépenses.

Il est du droit des citoyens de départager clairement leurs intérêts en tant que citoyens canadiens et québécois, et de ne pas confondre les responsabilités et les pouvoirs des deux ordres de gouvernement. Il est important que les citoyens soient informés qu'en réalité, les sources de financement additionnelles qui leur seront demandées par l'administration provinciale ne bénéficieront pas aux dispensateurs, ni aux malades, ni au gouvernement du Québec. Indirectement, en devant combler le manque à gagner du désengagement fédéral, elles contribueront en fait à améliorer la situation financière du gouvernement fédéral et à réduire la partie canadienne de leur endettement collectif.

De l'avis du Ministère, si la situation globale du financement des dépenses de santé était transparente, ces choix dans l'attribution des taxes et impôts prélevés par le gouvernement fédéral au secteur de la santé ne refléteraient pas le caractère prioritaire qu'accordent les citoyens québécois et canadiens à l'égard des services de santé.

Les citoyens québécois et canadiens tiennent à ce que le système de santé soit préservé, tant comme priorité provinciale que comme priorité canadienne. Ils ont déjà fait leur juste part dans la résorption du déficit fédéral, en ce qui concerne les dépenses de santé. Les coûts raisonnables de ce système devraient donc, à moins que la population en décide autrement, être partagés de façon raisonnable.

La collaboration fédérale-provinciale, du point de vue du citoyen, apparaît donc affectée par deux problèmes. D'abord un problème de transparence dans le partage des responsabilités de financement et de gestion des dépenses des services sociaux et de santé. Ce problème crée une confusion dans la perception des citoyens vis-à-vis l'utilisation des taxes et impôts qu'ils paient pour ces services, et il confère à l'administration québécoise une part de responsabilité vis-à-vis la dette fédérale dont, au-delà de la responsabilité de saine gestion qui est sienne, elle n'est pas imputable. Ensuite, un problème d'opportunité pour les citoyens d'accorder leur soutien à la poursuite d'un désengagement du financement fédéral, sans tenir compte d'aucun lien avec l'évolution normale de leurs besoins de santé.

4.4.3 Un relèvement des transferts fédéraux et une réduction des normes de la loi C-3

Le Ministère, par des mesures qui seront décrites plus loin, rendra désormais transparente aux yeux des citoyens l'importance des efforts de toutes les sources de financement des dépenses des services sociaux et de santé au Québec, y compris ceux du gouvernement fédéral. Des mesures seront également prises afin d'améliorer l'imputabilité du gouvernement du Québec envers les citoyens, à l'égard de sa gestion des dépenses et du financement des services sociaux et de santé.

Parallèlement, le Ministère maintient sa position actuelle d'une révision nécessaire de la collaboration fédérale-provinciale, selon les deux principes suivants :

- **Un relèvement des transferts fédéraux au FPE**

  La collaboration fédérale-provinciale devrait être réaffirmée sur la base d'un réintéressement fédéral envers les objectifs communs poursuivis dans la santé. La contribution fédérale au FPE devrait être basée sur des indicateurs économiques qui prendront en considération l'évolution des dépenses.

- **Une réduction des limites à l'exercice des responsabilités des provinces**

  Il apparaît raisonnable de demander au gouvernement fédéral, à l'instar de tous les intervenants, de contribuer à la solution de l'impasse du financement, en n'assortissant plus ses transferts financiers et fiscaux de normes qui limitent le plein exercice de leurs responsabilités, par les provinces, en particulier en ce qui concerne la définition du panier des services assurés et l'accessibilité aux services.

5. CONCLUSION: des choix majeurs pour les intervenants et pour les citoyens

Selon divers scénarios, l'ampleur du manque à pourvoir pourrait varier entre 1 milliard $ et 2 milliards $ d'ici cinq ans. La gravité du problème des coûts et du financement des services sociaux et de santé témoigne de l'urgente nécessité d'agir à la fois sur l'amélioration du contrôle des dépenses, sur l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité, sur la diversification des sources de financement ainsi que sur l'établissement de liens transparents entre la consommation et le financement. De plus, des choix collectifs majeurs devront être faits. Le niveau actuel et le rythme de croissance des dépenses financées par le fonds consolidé du revenu devraient encore être réduits de façon substantielle, pour respecter la politique budgétaire du gouvernement. Aussi, les citoyens du Québec devront choisir entre une révision fondamentale du panier des services sociaux et de santé (désassurance totale ou partielle de certains services), une augmentation importante du fardeau fiscal et l'introduction d'une tarification liée à la consommation. La présente commission parlementaire devra permettre au gouvernement de tenir compte des choix exprimés à cet égard par la population.

CHAPITRE IV

UN NOUVEAU CADRE INTÉGRÉ DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LE QUÉBEC

1. LA NÉCESSITÉ D'UN NOUVEAU CADRE DE RÉGULATION

Si la santé n'a pas de prix, les services de santé ont bien un coût. Quel que soit le niveau atteint de la richesse collective, une conciliation devra toujours être faite entre la quantité et la répartition des ressources limitées que nous consacrerons aux services sociaux et de santé, et des demandes reflétant le caractère illimité des besoins. L'ensemble des mécanismes des choix budgétaires et financiers assurant en pratique cette nécessaire conciliation constitue le cadre de régulation des dépenses et du financement des services sociaux et de santé.

Or, dans le nouveau contexte économique et financier du Québec, le cadre actuel de régulation apparaît comporter des lacunes sérieuses, notamment en ce qui concerne la transparence, qui limiteront les possibilités de calibrer et de canaliser efficacement à long terme les ressources disponibles, en fonction des objectifs fondamentaux poursuivis par le gouvernement.

Comme nous l'avons déjà noté, les modalités actuelles de financement ont progressivement dissous tous liens transparents entre les dépenses engendrées par la consommation et les besoins de leur financement. Les mécanismes budgétaires actuels déterminent les ressources essentiellement sur la base des demandes et des pratiques des dispensateurs. Le manque généralisé de transparence entre la consommation, la production et le financement des dépenses, en plus de ne pas favoriser l'efficience et l'efficacité du système sociosanitaire, ne favorise pas la responsabilisation individuelle et collective qui devient plus que jamais nécessaire afin d'assurer des coûts et un financement adéquats des services sociaux et de santé.

En raison de l'impasse à laquelle le gouvernement est confronté, c'est à court terme qu'il convient d'instituer des changements majeurs qui permettront de concilier à long terme ces objectifs que l'État devra continuer d'assumer : résoudre les problèmes sociaux et de santé d'une population vieillissante et assainir les finances publiques dans un contexte de faible croissance réelle de l'économie.

Il y aurait donc lieu de réviser le cadre actuel de la gestion budgétaire et financière des dépenses sociales et de santé afin, notamment, de faciliter l'implantation des mesures de contrôle des dépenses et des mesures d'efficience et d'efficacité, de favoriser l'acceptation de nouvelles sources de financement, de créer une meilleure intégration de la perspective économique et financière en ce qui concerne la dispensation et la consommation de service, et afin également de contribuer davantage à l'assainissement des finances publiques. Ce nouveau cadre devrait rétablir la visibilité des liens systématiques existant entre l'ensemble des dépenses sociales et de santé ainsi que leurs sources de financement.

C'est dans cette perspective que le Ministère propose de mettre en place un cadre intégré de régulation des dépenses et du financement des services sociaux et de santé pour le Québec. Ce cadre serait directement et entièrement géré par le gouvernement.

2. UN CADRE INTÉGRÉ DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT

2.1 Un fonds général des services sociaux et de santé dont la comptabilité serait globale et intégrée

La comptabilité de ce fonds porterait sur l'ensemble des dépenses publiques de santé et de services sociaux et elle identifierait l'ensemble des sources de financement afférentes. Du côté des dépenses, elle comptabiliserait donc les dépenses associées aux régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie et les dépenses de services sociaux, incluant les dépenses de fonctionnement, d'immobilisation et d'administration.

Du côté des sources de financement, ce fonds enregistrerait pour chacun des intervenants leurs contributions respectives imputables aux services sociosanitaires, notamment :

- les revenus de tierce responsabilité et autres revenus autonomes;
- les contributions des employeurs au fonds des services de santé;
- une cotisation, une surtaxe éventuelle des particuliers ou une assignation de la TVQ (au titre d'une prime d'assuré);
- les contributions du gouvernement fédéral dans le cadre des programmes FPE (transferts financiers et points d'impôt associés à la santé) et RAPC;
- les nouvelles sources de revenus éventuelles (ex. : contributions des usagers...);
- le solde du financement, provenant du fonds consolidé du revenu du Québec (contributions des contribuables).

Tableau 9

FONDS GÉNÉRAL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ : ÉTAT HYPOTHÉTIQUE DES REVENUS ET DÉPENSES

1) Revenus autonomes • Tierce responsabilité (CSST, SAAQ, non résidents) • bénéficiaires hébergés • suppléments de chambres • autres	1) Fonctionnement • services professionnels (RAMQ) • personnels syndiqués et autres • réseau santé • réseau social
2) Employeurs • contributions au fonds des services de santé	2) Immobilisation • réseau santé • réseau social
3) Citoyens-coassurés • cotisations au fonds des services de santé • ou surtaxe sur le revenu imposable • ou assignation de la taxe de vente du Québec	3) Administration • RAMQ • Ministère, organismes et établissements
4) Gouvernement fédéral • FPE (transferts financiers et rendement des points d'impôts transférés, imputables à la santé) • RAPC et autres programmes à frais partagés	4) Autres
5) Gouvernement du Québec • solde à pourvoir	
6) Nouvelles sources de revenus éventuels	
7) Intérêts gagnés	
8) Excédent des revenus sur les dépenses (ou des dépenses sur les revenus)	

2.2 Un «départage» initial des contributions au financement

Afin d'établir la transparence du financement dans le cadre d'un fonds général des services sociaux et de santé distinct du fonds consolidé, il y aurait lieu initialement d'identifier les contributions respectives de chacune des différentes sources et modalités, notamment :

1) Les contributions des bénéficiaires

Les revenus autonomes incluent des contributions provenant des tiers responsables (CSST, SAAQ) ainsi que des particuliers en tant que bénéficiaires (suppléments de chambres, bénéficiaires hébergés, cotisations éventuelles reliées à la consommation). La transparence de ces contributions permettrait de rétablir des liens entre la consommation individuelle et le financement de services complémentaires, et d'indexer les diverses contributions de manière à mieux refléter la valeur des services consommés.

2) Les contributions des employeurs

Les employeurs versent actuellement une contribution de 3,75 % de la masse salariale au Fonds des services de santé. Cette contribution, on se rappelle, représente l'extension de la contribution initiale de 0,8 % que ceux-ci versaient à l'assurance-maladie en 1970 et est maintenant présumée constituer une contribution des entreprises en contrepartie des bénéfices qu'elles retirent du système. La transparence de cette contribution permettrait aussi de reconnaître aux employeurs une part de responsabilité sociale à l'égard des problèmes sociaux et de santé. Elle assurerait également que la contribution importante des employeurs aux services sociaux et de santé soit plus visible et reconnue.

3) Les contributions des citoyens-coassurés

Cette contribution refléterait de façon symbolique la reconnaissance d'une part du financement des citoyens sur la base du principe de solidarité de partage des risques, ou d'«assurance-mutuelle», à caractère obligatoire. Elle pourrait prendre la forme d'une cotisation sur les revenus des particuliers (taux fixe avec un plafond), ou d'un impôt-santé (taux croissant avec le revenu), ou d'un prélèvement de la taxe de vente du Québec.

4) Les contributions du gouvernement fédéral

Outre les ententes de partage, la part du financement fédéral au FPE attribuable aux dépenses de santé (transfert financier et rendement des points d'impôts accordés au Québec) devrait être imputée au crédit du gouvernement fédéral. D'une part, la transparence de cette contribution permettrait au gouvernement fédéral de voir reconnu par les citoyens du Québec son rôle actuel de partenaire majeur dans le financement du régime de santé du Québec. En contrepartie cependant, elle rendrait également transparente, comme pour toutes les autres sources de financement, l'évolution de cette contribution en

regard de l'évolution des dépenses des services sociaux et de santé et permettrait aux citoyens de mieux percevoir le manque à gagner devant être compensé.

5) La contribution des citoyens-contribuables

Le solde résiduel, c'est-à-dire l'écart entre les revenus découlant de l'ensemble de ces sources de financement et les dépenses autorisées, serait pourvu par une contribution du fonds consolidé du revenu. La visibilité de cette source de financement général permettrait de reconnaître la responsabilité collective des Québécois et des Québécoises envers la santé de tous leurs concitoyens, dont les citoyens démunis.

2.3 Les fonctions fondamentales du fonds général des services sociaux et de santé

2.3.1 Un rôle de coordination des choix et de conciliation des dépenses et du financement

Le principe même d'un fonds général consisterait à définir et à isoler l'ensemble des équilibres financiers du système des services sociaux et de santé en un «sous-modèle» distinct, à lui assigner des conditions d'équilibre qui lui soient propres, qui assurent le respect de l'évolution de la richesse collective à long terme et des conditions générales des finances publiques. Ces conditions d'équilibre permettront au secteur sociosanitaire de faire des choix en fonction d'une **cohérence interne**, c'est-à-dire en fonction des objectifs fondamentaux propres à ce secteur, à l'intérieur d'une évolution contrôlée des ressources disponibles.

Le rôle fondamental du fonds général consisterait donc à rendre visibles les équilibres financiers spécifiques du secteur des services sociaux et de santé, à mieux mesurer l'ampleur des déséquilibres et à mieux en identifier les sources. Pour le gouvernement, cela favoriserait la prise de décision sur les priorités dans ce secteur, ainsi qu'une meilleure coordination des efforts nécessaires, dans le but de concilier l'évolution des dépenses et l'évolution des ressources disponibles. De plus, en rendant plus évidents les impacts sur les coûts des services sociaux et de santé et sur les finances publiques, ce fonds contribuerait à favoriser la responsabilisation collective à l'égard de la consommation, de la production et du financement des services concernés.

Il convient ici de noter que la création d'un fonds distinct des services sociaux et de santé, sans la réalisation des différentes mesures énoncées, ne pourrait être considérée comme une solution au problème du financement actuel. En effet, l'ensemble des problèmes existants, tant en ce qui concerne la dispensation et la consommation des ser-

vices qu'en ce qui concerne la gestion budgétaire et financière, devront être corrigés si l'on veut concilier le mieux possible dans l'avenir l'évolution des dépenses, l'évolution du potentiel économique des citoyens et l'évolution de la situation financière du gouvernement.

2.3.2 Des mécanismes d'imputabilité améliorés

Ce cadre étant entièrement géré par le gouvernement, il apparaît opportun de trouver des mécanismes lui permettant de rendre compte à la population de la façon dont ses choix et ses arbitrages concilieront les contingences circonstancielles et les objectifs fondamentaux à long terme poursuivis dans le cadre spécifique de régulation du fonds général des services sociaux et de santé.

Tout comme la gestion budgétaire et financière globale actuelle prévoit des mécanismes d'imputabilité et de transparence, la création d'un fonds général des services de santé et des services sociaux distinct du fonds consolidé du revenu nécessiterait que soient institués de tels mécanismes.

Il y aurait lieu à cet égard de prévoir la publication d'une annexe à la présentation des crédits et au discours sur le budget du gouvernement, portant spécifiquement sur les décisions et sur les équilibres financiers et budgétaires du fonds général des services sociaux et de santé.

Ces annexes présenteraient, notamment, les objectifs du fonds général, l'état de la situation et de ses équilibres financiers, les prévisions à long terme, l'annonce des mesures budgétaires, fiscales et contributives, et des mesures éventuelles de rationalisation nécessaires au maintien de l'équilibre à long terme, etc.

Ces mécanismes de transparence et d'imputabilité amèneraient le gouvernement à rendre compte aux citoyens-contribuables de la façon dont ses décisions s'intègrent dans la poursuite de l'intérêt général et tiennent compte, vu les circonstances, des divers intérêts; comment ses arbitrages représentent un équilibre raisonnable entre les bénéfices retirés du système des services sociaux et de santé, la valeur des services utilisés, les capacités de payer respectives, la conjoncture sociale, économique et financière, etc.; et comment, également, ses décisions, à l'intérieur des contraintes imposées par l'intérêt collectif contribueront à œuvrer le plus efficacement possible à la promotion de la santé et à l'amélioration de la condition sociale des citoyens.

3. ÉVALUATION PRÉLIMINAIRE DE L'IMPORTANCE FINANCIÈRE DES MESURES À ADOPTER PAR UN FONDS GÉNÉRAL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Quelle serait l'ampleur des mesures que devrait adopter un fonds des services sociaux et de santé ainsi constitué afin de rétablir l'équilibre entre les dépenses totales et l'ensemble des revenus afférents? Quel serait l'impact que pourrait entraîner un tel scénario sur les équilibres financiers du gouvernement? Quels avantages, enfin, ce nouvel encadrement budgétaire et financier pourrait-il apporter au processus actuel de régulation des dépenses et du financement des services sociaux et de santé du Québec?

3.1 Un déséquilibre annuel pouvant varier entre 200 millions $ et 400 millions $ à compenser

Sur la base des informations disponibles et des hypothèses utilisées, on peut estimer que les dépenses totales des services sociaux et de santé au Québec pourraient augmenter, si elles continuaient à croître au rythme moyen actuel, de l'ordre de 4,8 milliards $ entre 1991-1992 et 1996-1997. Dans l'hypothèse d'un fonds intégré ayant mandat de maintenir l'équilibre entre les revenus et les dépenses, l'ampleur des mesures à adopter pourrait être évaluée à environ 1 milliard $ au cours des cinq prochaines années. Ce montant représenterait un effort supplémentaire de 200 millions $ par année, soit environ 29 $ per capita, récurrent et cumulatif, c'est-à-dire s'ajoutant à chaque année pour totaliser environ 145 $ per capita en 1996-1997. La part de cet écart qui ne pourrait être compensée, soit par des réductions des dépenses dues à l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité, soit par des mesures supplémentaires de réduction, devrait être compensée par des mesures de financement supplémentaires.

En raison de l'évolution insuffisante des transferts fédéraux, une part d'environ 59,1 % du financement de l'accroissement prévisible de 4,8 milliards $ des dépenses devrait provenir de sources du fonds consolidé du revenu autres que les transferts fédéraux et les contributions des employeurs assignées au fonds des services de santé, au cours de la période concernée. Cette contribution de 59,1 % ainsi demandée aux autres sources du fonds consolidé représenterait une pression considérable sur les finances publiques, si l'on considère que ces sources représentent actuellement 38 % du financement total des dépenses des services sociaux et de santé. En fait, tel que déjà indiqué (voir graphique 8), la contribution résiduelle provenant du fonds consolidé aurait à augmenter au rythme annuel moyen de 9,5 % (IPC + 6,0 %) soit un rythme près de deux fois plus rapide en termes réels que celui des dépenses, et substantiellement plus élevé que celui des revenus du gouvernement. Le fonds consolidé ne pourrait sans conséquences importantes assumer ce fardeau supplémentaire.

Tableau 10

ÉVALUATION DES MESURES À DÉFINIR POUR MAINTENIR L'ÉQUILIBRE D'UN FONDS INTÉGRÉ DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ, DE 1991-1992 À 1996-1997

- hausses prévisibles des revenus et des dépenses -

	Augmentations de 1991-1992 à 1996-1997		
	En millions $	En %	Parts actuelles en %
Dépenses totales	4 763,8	100,0	
Financement autonome	238,1	5,0	6,7
Transferts fédéraux	587,2	12,3	33,1
Contributions des employeurs	1 122,5	23,6	22,2
Solde à pourvoir par d'autres sources du fonds consolidé du revenu	2 816,0	59,1	38,0
• fonds consolidé plafonné	1810,6	38,0	-
• autres mesures à définir	1005,4	21,1	-

Hypothèses : PIB (réel) = 3,0 %; IPC = 3,5 %; dépenses totales = IPC + 3 %; financement autonome = IPC + 1,5 %; contributions des employeurs = PIB; transferts fédéraux = taux conformes aux politiques annoncées par le gouvernement fédéral.

Or, cette évolution tient compte du maintien du rythme actuel de croissance des dépenses (IPC + 3.0 %), malgré les pressions croissantes s'exerçant sur celles-ci. Dans l'hypothèse où l'on aurait à faire face collectivement à une croissance des dépenses, par exemple de l'ordre de 3.5 %, le manque à pourvoir pourrait alors s'établir à environ 1,4 milliard $ au cours des cinq prochaines années . Si, en plus, la contribution provenant du fonds consolidé du revenu était limitée à IPC + 1 % (conformément à la politique budgétaire du gouvernement), ce manque à pourvoir s'élèverait à 2 milliards $ (soit 400 millions $ annuellement).

Tableau 11

SCÉNARIOS D'ÉVALUATION DU MANQUE À POURVOIR POUR LE FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ, TAUX DE CROISSANCE ANNUELLE MOYENS DE 1991-1992 À 1996-1997

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
DÉPENSES	IPC + 3 %	IPC + 3,5 %	IPC + 3,5 %
Sources de financement			
Financement autonome	IPC + 1,5 %	IPC + 1,5 %	IPC + 1,5 %
Transferts fédéraux[1]	IPC - 0,9 %	IPC - 0,9 %	IPC - 0,9 %
Contribution des employeurs	IPC + 3 %	IPC + 3 %	IPC + 3 %
Solde à pourvoir par d'autres sources du fonds consolidé du revenu, en le plafonnant à :	IPC + 3 %	IPC + 3 %	IPC + 1 %
Manque à pourvoir sur 5 ans à être financé par d'autres sources (en milliards $)	1,0	1,4	2,0

NOTE : Pour l'ensemble de ces scénarios, les hypothèses utilisées pour les variables économiques sont : IPC = 3,5%; PIB = 6,5%

(1) Taux de croissance annuelle moyens, pour la période 1991-1992 à 1996-1997, de la contribution totale du gouvernement fédéral aux programmes à frais partagés ainsi qu'au FPE (incluant les transferts sous forme de points d'impôts et les transferts financiers), conformément à la politique annoncée par le gouvernement fédéral.

Tel que mentionné précédemment, l'ampleur de ce manque à pourvoir témoigne de l'urgente nécessité de mettre en place, le plus rapidement possible, un ensemble de mesures pour améliorer le contrôle des dépenses, l'efficience et l'efficacité, et pour diversifier les sources de financement. Face à l'importance grandissante de cette impasse financière, des choix collectifs majeurs s'imposent, entre une révision fondamentale du panier des services sociaux et de santé (désassurance totale ou partielle de certains services), une augmentation importante du fardeau fiscal et l'introduction d'une tarification liée à la consommation.

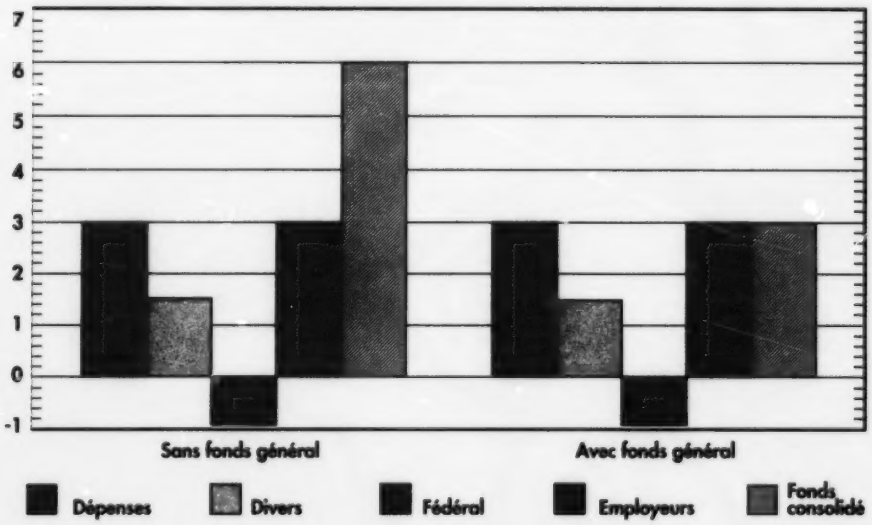
3.2 Une contribution stabilisatrice aux équilibres financiers du gouvernement

Dans l'hypothèse d'un fonds général qui rétablirait l'équilibre des revenus et des dépenses, la contribution résiduelle du fonds consolidé ne pourrait croître à un rythme plus rapide que celui de l'économie. En d'autres termes, le fonds consolidé ne serait plus requis d'octroyer au secteur de la santé et des services sociaux que les revenus qu'il reçoit déjà au titre des transferts fédéraux à ce secteur, les contributions des employeurs au fonds des services de santé, et sa contribution résiduelle actuelle en tenant compte de l'évolution de l'enrichissement collectif à long terme.

En contrôlant de façon rigoureuse les dépenses et en diversifiant la formule de financement actuelle de manière à compenser les réductions de transferts fédéraux, le nouveau cadre de régulation envisagé par le ministère de la Santé et des Services sociaux stabiliserait la part que représentent ces dépenses dans l'économie du Québec, et également, il stabiliserait le solde à pourvoir par le fonds consolidé au niveau actuel de 38 % des dépenses totales de santé et de services sociaux.

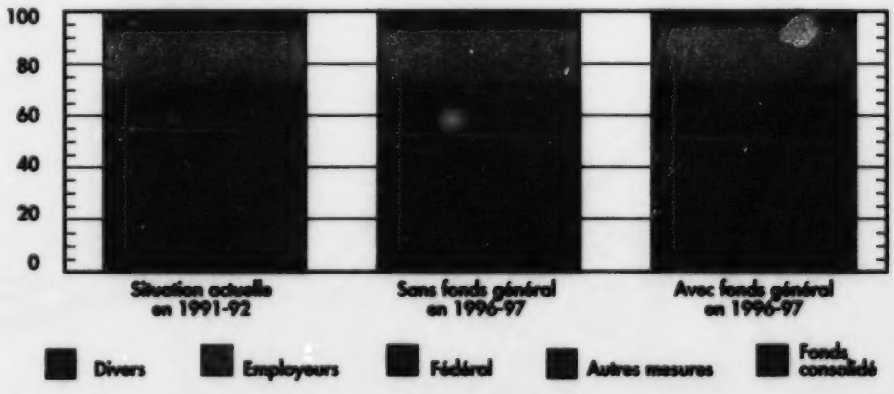
Graphique 9

TAUX DE CROISSANCE ANNUELLE MOYENS DES DIFFÉRENTES SOURCES DE FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ EN SUS DE L'IPC, SITUATION SANS ET AVEC FONDS GÉNÉRAL, DE 1991-1992 À 1996-1997



Graphique 10

PARTS RELATIVES DES DIFFÉRENTES SOURCES DE FINANCEMENT, SITUATION EN 1991-1992 ET SITUATION EN 1996-1997, SANS ET AVEC FONDS GÉNÉRAL DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ



4. UN CADRE DE RÉGULATION DES DÉPENSES ET DU FINANCEMENT MIEUX ADAPTÉ À LA POURSUITE DES OBJECTIFS FONDAMENTAUX DU RÉGIME, DANS LE NOUVEL ENVIRONNEMENT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE DU QUÉBEC

Il n'existe pas, à un problème comme celui des coûts et du financement des services sociaux et de santé, une solution simple qui n'aurait que des avantages. La question n'est pas là. La question pour le gouvernement et pour la société québécoise est plutôt de se doter de moyens susceptibles de mener à des ajustements graduels du régime et de l'appareil sociosanitaire qui correspondent à l'évolution des besoins et de la capacité de payer d'un Québec moderne.

Dans la poursuite de cette conciliation entre les dépenses et le financement des services sociaux et de santé, l'on doit être conscient des possibilités et des limites d'un fonds général. Notons d'abord que l'adoption du nouveau cadre de régulation proposé par le Ministère ne permettrait pas en soi de réconcilier à chaque instant de façon parfaite les services et les besoins avec les ressources, la valeur des services consommés, et les capacités de payer de chaque individu. Ce serait une illusion, et ce n'est pas ce que cherchent à réaliser les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-sociale. Cependant, ce nouveau cadre serait susceptible d'améliorer la précision des signaux économiques, financiers et sociosanitaires. Il apparaît donc susceptible de faciliter un processus continu de décisions nécessaire pour mieux concilier à long terme un développement des services et des dépenses sociales et de santé avec un développement économique équilibré.

La visibilité et la transparence améliorée des liens existants entre les dépenses et les besoins de financement est également susceptible, avec d'autres mesures énoncées précédemment, de contribuer à accroître la responsabilisation des citoyens et des dispensateurs à l'égard du système des services sociaux et de santé.

À court terme, d'un point de vue plus pragmatique, un fonds général des services sociaux et de santé apparaît susceptible d'apporter également, par rapport au cadre actuel de la gestion budgétaire et financière, plusieurs avantages. En particulier, ce nouveau cadre pourrait faciliter, d'une part, la mise en place des mesures de la Réforme, et d'autre part, l'application des nouvelles mesures de financement nécessaires.

La mise en place simultanée de ces mesures, toutefois, ne pourrait être réalisée sans efforts et sans difficultés.

Pour les intervenants, la concrétisation des mesures de la Réforme représentera un défi de taille. Pour certains bénéficiaires, certaines mesures complémentaires de financement seront décrites facilement comme régressives par rapport au financement actuel entièrement fiscalisé, alors que l'ensemble de la formule de financement demeurera l'une des plus progressives au monde. En fait, la majeure partie des nouvelles sources de financement étant basée sur une formule générale (mais liée

exclusivement aux dépenses de santé et de services sociaux), ces sources pourraient difficilement être considérées comme un financement totalement privé. Ces nouvelles sources de financement se situent à la marge de la fiscalité et de la tarification. Pour le gouvernement, également, la mise en place de ces mesures sera exigeante. Elle nécessitera des efforts supplémentaires importants dans la gestion budgétaire et financière, ainsi que l'articulation d'une cohérence avec l'ensemble du cycle budgétaire du gouvernement.

CONCLUSION

UNE VOIE QUI SE DESSINE, UNE DESTINATION À ATTEINDRE

Bien qu'elles regroupent en partie des éléments déjà connus, les réflexions précédentes, qui portent sur la problématique des coûts et du financement des services sociaux et de santé, sur les orientations et les mesures à adopter, et sur le cadre institutionnel même de la gestion de ce secteur pourraient constituer un progrès intéressant.

Elles apparaissent susceptibles de permettre de partager une certaine base de vision commune de l'avenir des services sociaux et de santé au Québec et de convenir d'une voie globale qui se dessine, afin de rendre ce secteur mieux adapté au nouveau contexte économique et financier et aux nouvelles priorités que le Québec devra se donner. Les principaux repères de cette «voie globale» d'adaptation du système sociosanitaire apparaissent être les suivants :

LES REPÈRES

- **par rapport aux besoins**, les ressources financières disponibles per capita ont atteint des niveaux qui sont relativement comparables à ceux des autres pays et des autres provinces industrialisés, compte tenu de l'état de développement du Québec. La dotation globale des ressources physiques, humaines et technologiques apparaît également suffisante pour permettre de satisfaire les besoins des Québécois et des Québécoises au niveau des standards canadiens qui figurent parmi les meilleurs;

- **par rapport à l'économie**, la part des dépenses de santé dans le PIB, bien qu'elle s'explique par le contexte nord-américain et qu'elle reflète les caractéristiques du régime canadien de santé, atteint un niveau déjà relativement élevé vis-à-vis les autres provinces et pays industrialisés, ce qui risque de nuire à la croissance économique désirée par les Québécois et les Québécoises;

- les pressions prévisibles sur les dépenses apparaissent susceptibles, en l'absence de mesures correctives telles que celles mises de l'avant dans le cadre de la Réforme, de faire évoluer ces dépenses plus rapidement que la richesse collective et que la capacité de payer de l'État au cours des prochaines années, ce qui entraînerait une détérioration certaine de la concurrentialité de l'économie;

- les modes actuels d'allocation des ressources parmi les différents dispensateurs présentent certaines lacunes, de même que les profils d'utilisation ne sont pas appropriés pour certaines clientèles spécifiques et pour certains dispensateurs, ce qui affecte la capacité du système à résoudre les problèmes à l'intérieur des ressources disponibles;

- compte tenu de l'évolution des problèmes et des besoins de la société québécoise, ces carences «d'efficience et d'efficacité» pourraient entraîner une détérioration de la capacité du système à résoudre les problèmes, et laisser libre cours à l'accentuation des pressions sur les dépenses; de plus, la question des priorités dans l'allocation des nouvelles ressources économiques disponibles, entre une intensification des dépenses de santé et d'autres choix d'interventions sur des facteurs

déterminants des conditions de santé et de bien-être, reste ouverte et devra trouver une réponse satisfaisante au cours des prochaines années;

- **par rapport aux finances publiques du Québec**, la part des dépenses budgétaires allouée au secteur de la santé et de l'adaptation sociale, et l'évolution de ces dépenses, plus rapide que celle de toutes les autres catégories de dépenses du gouvernement, représentent un problème majeur pour la réalisation des objectifs financiers et budgétaires que le gouvernement s'est donnés. Essentiellement, la croissance structurelle des dépenses des services sociaux et de santé (IPC + 3 %) apparaît incompatible avec l'objectif de croissance des dépenses globales du gouvernement (IPC + 1 %). Les implications en sont : 1) que le fonds consolidé du revenu ne pourra continuer à assurer une contribution au financement de ce secteur sans compromettre l'ensemble de la situation financière de l'État ou la concurrentialité du Québec, et 2) que cette situation risque de compromettre la réalisation des objectifs fondamentaux que poursuit le gouvernement dans le secteur de la santé et de l'adaptation sociale, dans le cadre actuel;

- la fiscalisation presque entière du financement des dépenses sociosanitaires procure des avantages majeurs à conserver pour l'essentiel : accessibilité sans conditions aux services et progressivité des contributions en fonction de la capacité à payer; toutefois, elle entraîne également des désavantages qui deviennent considérables dans un contexte de rareté des ressources : perte de liens entre consommation et financement et développement d'un faux sens de la gratuité, qui favorisent l'inefficience et l'inefficacité.

LES ORIENTATIONS

Des choix majeurs s'imposent donc dans le secteur de la santé et des services sociaux. Par la présente commission parlementaire, le Ministère invite les citoyens à lui proposer des moyens acceptables et réalistes de réduire le niveau et l'évolution actuelle des dépenses, et à lui faire part de leur choix entre une révision fondamentale du panier des services (désassurance totale ou partielle de certains services), une acceptation d'un fardeau fiscal plus élevé et une tarification liée à la consommation.

Les orientations à privilégier, dans le contexte des nouvelles priorités du gouvernement et de la société, apparaissent être les suivantes :

1- infléchir en priorité la dynamique des dépenses, de façon à ce que leur croissance ne s'accélère pas, n'excède pas l'évolution de la richesse collective et tienne compte de la capacité de payer de l'État;

2- adapter les services et réallouer les ressources davantage en fonction des besoins de la société québécoise et en rendre l'utilisation plus efficiente et efficace, de manière à en accroître le «rendement» (en termes de maintien et d'amélioration des conditions de santé et de bien-être) et à réduire les pressions sur les coûts;

3- afin de respecter la capacité financière du gouvernement, réduire la part du financement provenant des impôts généraux et de la taxation, en faisant appel à des sources de financement complémentaires tout en s'assurant que les modalités de ces contributions ne fassent pas obstacle à l'accessibilité des services pour les plus démunis; rétablir des liens transparents entre les dépenses et le financement, pour faciliter l'exercice de la responsabilité individuelle et collective et pour favoriser l'efficience;

4- afin d'assurer l'application des mesures nécessaires de contrôle des dépenses et de diversification du financement, mettre en place un nouveau cadre de régulation des dépenses et du financement; améliorer l'imputabilité de façon à rendre plus transparents les choix gouvernementaux en matière de santé et de bien-être.

Notons que la création d'un fonds distinct des services sociaux et de santé, non plus que chacune des autres orientations, ne pourrait être considérée comme constituant en soi une solution au problème du financement actuel. Cependant, les problèmes et les lacunes existantes, tant en ce qui concerne la dispensation et la consommation des services qu'en ce qui concerne la gestion budgétaire et financière, doivent ensemble être corrigés, si l'on veut concilier le mieux possible dans l'avenir l'évolution des dépenses, l'évolution du potentiel économique des citoyens et l'évolution de la situation financière du gouvernement.

LES ÉTAPES

Si cette vision d'ensemble et cette voie générale peuvent, de l'avis du Ministère, être partagées par l'ensemble des intervenants, les mesures à adopter et leurs modalités d'application ne sont cependant pas toutes établies, présentement.

- **La mise en place des mesures concernant les dépenses**

  Concernant les mesures énoncées de contrôle des dépenses et d'amélioration du processus d'allocation des ressources et de leur utilisation, leur mise en place se fera de façon progressive, conformément au plan d'implantation de la Réforme. Leur application exigera comme prérequis certains travaux tels que l'établissement des mesures de performance et des indicateurs de besoins, par exemple, ainsi que l'élaboration de plans rationalisés d'implantation des technologies de la santé.

- **Les choix à compléter concernant les options de mesures de financement**

  Concernant le financement des dépenses, le Ministère a énoncé des orientations et des options envisageables.

  - **Une révision des principes**

    L'objectif prioritaire de réduire les coûts et la part du financement provenant des taxes et des impôts devra trouver une conciliation acceptable avec les objectifs fondamentaux du Ministère et du réseau

qui sont : 1) **l'accessibilité** aux services que leur état requiert; 2) pour tous les citoyens du Québec **(universalité)** et 3) en tenant compte d'une **équité de chances** entre les personnes malades et non malades. Le Ministère accorde également une grande importance en une **équité du financement** entre les citoyens avantagés et les citoyens moins bien nantis, de même qu'entre les citoyens d'aujourd'hui et les citoyens de demain.

- **Une révision de la définition des services de base et complémentaires, ainsi que du panier des services assurés**

  La définition du panier des services assurés devra être resserrée au cours des prochaines années, et des réflexions devront être consacrées à cet égard. À plus court terme, la définition actuelle des services de base et des services complémentaires serait modifiée, à la suite des discussions avec le gouvernement fédéral. Les services de soutien offerts dans les hôpitaux et qui ne sont pas liés directement à des services diagnostiques ou thérapeutiques (ex. : repas, hôtellerie, gestion de dossiers) seraient considérés parmi les services complémentaires, et pourraient faire l'objet d'une tarification, dont les modalités tiendraient compte de la capacité de payer.

- **Une redéfinition de la notion d'accessibilité «sans obstacle financier»**

  Le Ministère soumet deux pistes d'orientations, qui se différencient selon le sens qu'elles accordent à la notion d'accessibilité aux services. La première, que le Ministère a jusqu'à maintenant privilégiée pour les services de base, conserverait le sens actuel d'une consommation des services sans contribution financière directe. Par contre, la seconde entraînerait une contribution de la part des bénéficiaires des services, mais elle exigerait que cette contribution ne constitue pas un obstacle à leur accès aux services que leur état requiert.

- **Une affirmation de la responsabilité collective et de la responsabilité individuelle**

  Le Ministère suggère d'affirmer en principe la prépondérance de la responsabilité collective à l'égard des services de base et la prépondérance de la responsabilité individuelle à l'égard des services complémentaires. Il considère également que le temps est venu de rétablir des liens systématiques entre les dépenses de santé et les contributions au financement, de façon essentiellement globale, par conséquent, pour les services de base et de façon individuelle pour les services complémentaires. Le Ministère estime que, sous réserve que les modalités de contribution envisagées respectent ses objectifs, notamment en matière d'accessibilité pour les plus démunis, le choix définitif des différentes mesures envisageables relève essentiellement, d'une part, des priorités du gouvernement et des préoccupations en matière de finances publiques et, d'autre part, des préférences de la population.

- **Un choix public à établir entre des options de mesures de financement**

  Aussi, le Ministère propose-t-il diverses options de mesures de financement.

  Pour les services de base

  - une cotisation sur le revenu des employés et des travailleurs autonomes identifiée à l'assurance sociosanitaire collective;

  - un «impôt-santé»;

  - une assignation de la taxe de vente du Québec au financement des services sociaux et de santé.

  Pour les services complémentaires

  - un impôt-services sur les services complémentaires;

  - une tarification des services pharmaceutiques associée à un crédit d'impôt remboursable;

  - une désassurance des services optométriques et des services dentaires curatifs associée à un crédit d'impôt remboursable.

- **Une ouverture circonstanciée à l'égard d'une contribution aux services de base**

  Le contexte actuel de saturation fiscale et les préférences exprimées par la population à l'égard d'une contribution tarifaire plutôt que fiscale amènent le Ministère à considérer la possibilité d'instaurer des mesures telle une contribution des usagers aux services de base, dans l'éventualité où les contraintes de la loi C-3 étaient levées. Le Ministère n'exclut donc pas a priori l'éventualité de mesures de tarification sur les services de base. Ces mesures, toutefois, ne sauraient être que relativement modestes, devraient exclure les citoyens désavantagés, tenir compte de la capacité de payer et prévoir, le cas échéant, des mécanismes de report de paiement. Notons cependant que de telles mesures (ex. : un impôt-services généralisé aux services médicaux et hospitaliers ou une contribution aux services médicaux) ne pourraient actuellement être appliquées dans le cadre de la loi C-3.

- **La mise en place du fonds des services sociaux et de santé**

  Concernant le nouveau cadre intégré de gestion budgétaire et financière au moyen d'un fonds général des services sociaux et de santé, des études techniques seront entreprises, en collaboration avec les organismes centraux du gouvernement, afin d'en assurer la mise en place.

DES CHOIX MAJEURS POUR LES INTERVENANTS ET POUR LES CITOYENS

L'ampleur du manque à pourvoir témoigne de l'urgente nécessité de mettre en place, le plus rapidement possible, un ensemble de mesures pour améliorer le contrôle des dépenses, l'efficience et l'efficacité, et pour diversifier les sources de financement. Face à l'importance grandissante de cette impasse financière, des choix collectifs majeurs s'imposent entre une révision fondamentale du panier des services sociaux et de santé (désassurance totale ou partielle de certains services), une augmentation importante du fardeau fiscal et une tarification liée à la consommation.

UN DÉFI EXIGEANT ET STIMULANT, AU CŒUR DE LA VIE DU QUÉBEC

Le Ministère vient de présenter son diagnostic de la problématique des dépenses et du financement du secteur des services sociaux et de santé du Québec, ainsi que les principales voies d'orientation et les principales options de mesures, avec leurs conséquences, qui lui semblent susceptibles de rétablir la bonne santé financière de ce secteur. Les problèmes sont nombreux, importants et complexes. Ils doivent être solutionnés sans attendre. Mais les probabilités de rétablissement apparaissent bonnes, si les traitements nécessaires sont appliqués. Le Ministère sollicite maintenant, par la présente commission parlementaire, les avis et des éléments de solution que pourraient lui proposer les citoyens les plus impliqués dans l'objectif commun que nous devons tous poursuivre : améliorer la condition générale de santé et de bien-être des Québécois et des Québécoises à l'intérieur des ressources limitées disponibles. Les propositions attendues devront viser à la fois à réduire le niveau actuel des dépenses, à ralentir leur rythme de croissance et à modifier les principes et les modalités de leur financement.

Le système des services sociaux et de santé du Québec, à l'instar de l'ensemble de la société, est en transition et amorce une importante réforme. Un réaménagement important s'impose aussi dans le financement de ce système. Cette réforme et ce réaménagement représenteront un défi exigeant pour les intervenants et pour l'ensemble des citoyens au cours des prochaines années. Mais ils représenteront également un défi fort stimulant.

Le système sociosanitaire est en effet au cœur de la vie sociale et économique du Québec, et il représente, pour tous les Québécois et les Québécoises, des avantages exceptionnels. Il couvre notamment des besoins majeurs de sécurité économique et de bien-être individuel des citoyens-consommateurs; il maintient la valeur du capital humain de la main-d'œuvre du citoyen-entrepreneur, et offre à une main-d'œuvre spécialisée des perspectives de carrière parmi les plus intéressantes et relativement bien rémunérées dans un secteur à haute technologie; pour les proches et la famille, il assume une partie importante de la prise en charge des malades et des personnes âgées en perte d'autonomie, les délivrant des tâches les plus exigeantes reliées à leurs responsabilités; il constitue également un recours pour les citoyens en situation de détresse.

Nous avons tous intérêt à ce que le système des services sociaux et de santé du Québec soit maintenu. Nous détenons tous également une partie de la solution aux problèmes actuels de ses coûts et de son financement. Aussi, nous devons tous maintenant prendre nos responsabilités afin de préserver l'accessibilité pour tous les citoyens à des avantages aussi importants pour la sécurité et pour le développement des individus et de la société du Québec.

Niveaux relatifs des dépenses de santé per capita au Québec et en Ontario - données ajustées, 1987 -

DÉPENSES DE SANTÉ PER CAPITA	QUÉBEC	ONTARIO	ÉCART Q/O
• Soins de courte durée	615,1	597,6	+ 2,9 %
• Soins de longue durée d'hébergement et de réadaptation	406,8	353,7	+15,0 %
• Soins à domicile	17,5	25,3	(30,8 %)
SOUS-TOTAL, soins en établissements et services connexes	1 039,4	976,6	+ 6,4 %
• Services médicaux	230,5	375,4	(38,6 %)
• Services dentaires	65,4	122,9	(46,8 %)
• Autres professionnels	15,9	33,3	(52,3 %)
SOUS-TOTAL, services professionnels	311,8	531,7	(41,4 %)
• Médicaments prescrits	83,0	141,2	(41,2 %)
• Médicaments non prescrits	105,7	112,0	(5,6 %)
• Lunettes	27,8	37,6	(26,1 %)
• Appareils et autres	12,3	8,4	46,4 %
SOUS-TOTAL, médicaments et appareils	228,8	299,2	(23,5 %)
• Administration	177,0	210,4	(15,9 %)
• Santé publique	17,0	29,4	(42,2 %)
• Immobilisations	57,9	63,0	(8,1 %)
• Recherche	17,8	18,7	(4,8 %)
• Autres	7,8	22,0	19,1 %
SOUS-TOTAL, autres dépenses de santé	117,0	210,4	(15,9 %)
DÉPENSES TOTALES	1 757,1	2 018,0	(12,9 %)
• publiques	1 353,9	1 431,4	(5,4 %)
(%)	(77,1 %)	(70,9 %)	
• privées	403,2	586,6	(31,3 %)
(%)	(22,9 %)	(29,1 %)	

Source : Caron L, Côté R. et Sanscartier G.-P., *Comparaisons Québec-Ontario, Évolution des dépenses de santé de 1977 à 1987*, MSSS, mai 1990.

Pays de l'OCDE
Dépenses totales de santé en % du PIB

	1987			1989	
	DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN % DU PIB	RANG	% DÉPENSES PUBLIQUES SUR DÉPENSES TOTALES	DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN % DU PIB	RANG
États-Unis	11,1 %	1	41,4 %	11,8 %	1
Québec	9,0 %		77,1 %		
Suède	9,0 %	2	90,8 %	8,8 %	2
Canada	8,7 %	3	74,8 %	8,7 %	3
Allemagne	8,6 %	4	78,4 %	8,2 %	7
Pays- Bas	8,5 %	5	73,9 %	8,3 %	6
France	8,5 %	5	74,8 %	8,7 %	3
Autriche	8,4 %	7	67,1 %	8,2 %	7
Ontario	8,2 %		70,9 %		
Irlande	8,0 %	8	87,0 %	7,3 %	13
Islande	7,9 %	9	88,6 %	8,6 %	5
Suisse	7,9 %	9	N.D.	7,8 %	9
Norvège	7,5 %	11	97,6 %	7,6 %	10
Finlande	7,4 %	12	78,6 %	7,1 %	15
Nouvelle-Zélande	7,3 %	13	82,5 %	7,1 %	15
Belgique	7,3 %	13	76,9 %	7,2 %	14
Italie	7,3 %	13	79,2 %	7,6 %	10
Luxembourg	7,2 %	16	91,6 %	7,4 %	12
Australie	7,1 %	17	70,5 %	7,0 %	17
Japon	6,8 %	18	73,0 %	6,7 %	18
Portugal	6,4 %	19	60,7 %	6,3 %	19
Danemark	6,3 %	20	85,5 %	6,3 %	19
Royaume-Uni	5,9 %	21	86,4 %	5,8 %	22
Espagne	5,7 %	22	71,5 %	6,3 %	19
Grèce	5,2 %	23	75,3 %	5,1 %	23
Ensemble (incluant É.-U.)	7,6 %		77,6 %	7,2 %	
Ensemble (excluant É.-U.)	7,4 %		79,3 %	7,0 %	

Sources : 1) Pour le Canada, le Québec et l'Ontario : Santé et Bien-être social Canada, *Dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, 1990.

2) Pour les autres pays de l'OCDE : Schieber G, et Poullier, J.P., *International Health Spending: Issues and Trends*, Health Affairs, printemps 1991.

Réflexions sur le ticket modérateur

Jusqu'à maintenant, le Ministère n'a pas favorisé le ticket modérateur comme source appropriée de financement des services sociaux et de santé du Québec. Cette position du Ministère était fondée sur la considération des désavantages relatifs que représente à ses yeux la tarification des usagers, lorsque celle-ci représente une proportion trop importante du financement des services de base, comparativement aux avantages de la formule actuelle du financement «prépayé» des citoyens au moyen de la fiscalité générale. Elle se fondait également sur le caractère relativement secondaire des avantages d'une contribution modeste des usagers, dans un contexte de ressources globales suffisantes.

Les nouvelles perspectives d'une rareté grandissante des ressources et d'une saturation de la fiscalité générale amènent maintenant les citoyens et le gouvernement à s'interroger sur l'opportunité d'appliquer, sous réserve de protéger les plus démunis, un ticket modérateur sur les services de base, et à examiner les avantages ainsi que les désavantages d'une telle option.

Désavantages du ticket modérateur

- En vertu de la loi canadienne sur la santé, les modalités de financement des services de base ne doivent pas faire obstacle à l'accessibilité à ces services pour tous les citoyens, indépendamment de leur consommation. Par conséquent, les recettes supplémentaires de toutes modalités de tarification des services de base pourraient être annulées par une réduction correspondante dans les transferts fédéraux.

- Il faut d'abord souligner qu'un niveau important de tarification affecterait les objectifs fondamentaux du Ministère :

  - une récupération de seulement 10 % du coût total d'un séjour hospitalier moyen en courte durée (8,5 jours) nécessiterait un tarif d'environ 410 $. Un tel tarif pourrait affecter l'accessibilité aux services des personnes les plus démunies; il serait également susceptible d'affecter autant la consommation de soins nécessaires que de soins qui le sont moins. Il pourrait en résulter un certain report de services de prévention, ce qui entraînerait par la suite des services plus coûteux et moins efficaces, réduisant encore d'autant les économies potentielles initiales;

  - les groupes les mieux nantis seraient avec le temps amenés à se doter d'une couverture d'assurance privée supplémentaire pour se prémunir contre les risques d'une tarification importante. Résultat : des dépenses totales de santé plus élevées pour les Québécois et les Québécoises;

  - tous les citoyens utilisent à un moment ou à un autre les services de santé de base; or, un financement de ces services qui serait de façon importante basé sur la tarification ne ferait porter les coûts du risque

que sur ceux touchés par la maladie et au moment le plus inopportun, celui où ils ont besoin des services. Une tarification importante serait donc assimilable à une sorte de «taxe à la maladie»;

- une tarification importante des bénéficiaires pourrait également être perçue par ces derniers comme une forme de surfacturation, leur imposant des frais supplémentaires à ceux déjà défrayés pour bénéficier des services de base lorsqu'ils en auront besoin, et ce, sans même recevoir des services supplémentaires;

- la tarification pourrait ouvrir la voie à la surfacturation par les dispensateurs;

- enfin, pour tenir compte de la capacité de payer, une tarification devrait procéder à un «test» quelconque de la richesse des consommateurs; certains critères arbitraires devraient également être explicités en ce qui regarde le choix des services pouvant faire l'objet d'une tarification et les niveaux de tarifs acceptables.

- Par ailleurs, une contribution modeste des usagers entraînerait une réduction de la consommation des services qui, de l'avis du Ministère, ne serait probablement pas très importante ni durable pour les principales raisons suivantes :

  - les bénéficiaires ne sont généralement pas en mesure de savoir quand une maladie ou un malaise doit être traité immédiatement, et une fois prise l'initiative première de consulter, ils n'ont pas grand-chose à dire quant à la façon dont la plupart des dépenses sont engagées; ceci limite le potentiel initial de réduction de la consommation;

  - la réduction initiale de la consommation de services ne serait pas susceptible de se poursuivre, sans augmentations supplémentaires des tarifs;

  - la réduction des revenus des dispensateurs consécutive à la réduction de la consommation serait susceptible, avec le temps, d'être compensée par une activité progressivement accrue des dispensateurs, en raison de la modalité de la rémunération à l'acte;

  - ces économies seraient également réduites en raison des frais administratifs supplémentaires et des mauvaises créances.

- La position traditionnelle du Ministère repose également sur le fait que le financement des services de base par des sources fiscales n'encourt pas ces désavantages découlant d'une tarification importante, qu'il garantit l'accessibilité sans obstacle aux services au moment où leur consommation est requise, et assure un partage des coûts qui tient compte de la capacité de payer des individus.

Avantages du ticket modérateur

Les avantages éventuels d'un ticket modérateur sont pour leur part de deux ordres. Ils recouvrent des avantages généralement décrits par les observateurs en référence aux désavantages qui, en revers de la médaille, sont inhérents à la formule d'un financement par sources fiscales. Ils comportent aussi des avantages positifs propres à la tarification en termes d'efficience économique.

- Ainsi, le financement fiscalisé a le désavantage d'enlever tout lien transparent entre la consommation et le financement, ce qui dilue la visibilité des coûts, ne favorise pas l'exercice de la responsabilité vis-à-vis la consommation et le paiement des dépenses, et ne favorise pas l'efficience dans l'utilisation des ressources. La tarification rétablit ce lien transparent.

- Selon le postulat traditionnel de l'assurance-maladie, les individus «font face» à des risques totalement exogènes, contre lesquels ils doivent être assurés. L'on peut aussi penser que les risques couverts sont plutôt partiellement endogènes, c'est-à-dire qu'ils dépendent en partie des comportements individuels. De plus, les individus s'exposeraient plus aux risques ou prendraient moins de précautions lorsqu'ils sont couverts par une assurance que lorsqu'ils ne le sont pas, de sorte que les risques augmentent et engendrent un coût pour l'ensemble des assurés.

- Le ticket modérateur (ou les franchises) présent dans la plupart des régimes d'assurance vise dans cette optique à inciter les assurés à adopter dans la mesure du possible un comportement limitant les risques d'exposition à la maladie et aux blessures, et à permettre en même temps aux assureurs d'offrir une gamme plus large de services assurés, compte tenu des ressources disponibles.

- En principe, par rapport au prélèvement fiscal, la tarification assure davantage que la consommation des services tienne compte de façon raisonnable des besoins, du caractère utile ou nécessaire ou moins nécessaire des services, et des préférences des bénéficiaires. Cette aptitude de la tarification des services permet à l'administration de mieux planifier les services à la population, en tenant compte de ces préférences exprimées.

- Enfin, le financement par sources fiscales fait partager le coût des services dispensés aux consommateurs par les non-consommateurs; la tarification permet de faire porter une partie du coût des services sur ceux qui en ont reçu les bénéfices individuellement. Dans les cas où les bénéfices reçus ont une connotation individuelle importante, cette caractéristique constitue aussi un avantage.

Avis du Ministère

Le contexte dramatique des finances publiques rend urgentes la correction de toutes les lacunes, ainsi que la contribution de tous les facteurs susceptibles d'améliorer le contrôle des dépenses et de favoriser l'efficience et l'efficacité dans l'utilisation des ressources. Aussi, bien qu'un financement fiscalisé demeure approprié comme source principale de financement pour les services de base, le Ministère estime qu'il est devenu important de sensibiliser les bénéficiaires au coût des services et de rétablir les liens entre la consommation et la responsabilité de leur financement. C'est pourquoi, dans l'éventualité où la loi C-3 serait modifiée, une contribution modeste des usagers, qui ne ferait pas obstacle à leur accessibilité et qui tiendrait compte de leur capacité de payer, pourrait être envisagée.

L'on doit en effet considérer que les services de base couvrent essentiellement des besoins de prévention et des risques majeurs pour la santé, des risques en bonne partie exogènes, contre lesquels tous les citoyens doivent se prémunir. De façon générale, l'accessibilité à ces services présente un caractère de nécessité, d'absence de choix, compte tenu de l'importance des conséquences possibles sur l'intégrité de la santé. La consommation des services de base, de par son élément épidémiologique préventif, est aussi d'importance significative pour l'ensemble de la collectivité. De plus, il est démontré par l'expérience internationale que l'épargne individuelle ou le libre exercice du marché de l'assurance pour ces services ne permettraient pas de couvrir l'ensemble des citoyens contre ces risques, à un coût abordable pour tous les citoyens (en raison notamment du refus d'assurer ceux qui sont le plus exposés aux risques et qui ont le plus besoin d'assurance). Enfin, c'est précisément pour réduire le plus possible les conséquences de ces risques et pour limiter les contributions directes reliées à la consommation de ces services lorsque leur accessibilité est requise, que les citoyens mutualisent leurs risques et partagent les coûts de leur consommation, au moyen d'une assurance collective. Le financement général demeure donc la meilleure approche pour les services de base.

L'on doit cependant reconnaître que les modalités actuelles de financement n'accordent qu'une place très réduite à des véhicules fondés sur des principes de financement faisant référence à la responsabilité individuelle, tels que, par exemple, le principe dit de «prévoyance» (selon lequel il incombe à chacun de prévenir les problèmes de santé dans la mesure du possible et d'épargner en prévoyance des besoins du futur) de même que le principe d'«assurance mutuelle», par lequel les cotisants partagent solidairement les risques et les coûts des services, et enfin, le principe du «bénéfice perçu», selon lequel (à l'exemple des employeurs actuellement), les intervenants sont requis de verser une certaine contribution en reconnaissance de certains avantages directs (ou externes) découlant des services sociaux et de santé.

Les modalités de perception du financement par la fiscalité entraînent donc des désavantages, que le contexte actuel rend significatifs. Aussi, dans l'éventualité où les contraintes de la loi C-3 étaient levées, apparaît-il justifié d'adopter des mesures complémentaires visant à réduire ces désavantages, tout en conservant la formule de financement fiscal comme source principale de financement pour les services de base. Ces mesures viseraient notam-

ment à rétablir des liens transparents entre la consommation collective et individuelle des services de base et les contributions au financement. Les contributions individuelles, toutefois, ne pourraient être que relativement marginales dans l'ensemble de la formule de manière à assurer l'accessibilité des plus démunis. Le Ministère reconnaît également comme légitimes les préoccupations des citoyens vis-à-vis l'importance de minimiser les augmentations du fardeau fiscal, et la tarification de certains services permettrait de tenir compte de ces préoccupations.

Comparaison interprovinciale des programmes complémentaires de santé

Remboursement de prothèses, orthèses et autres aides aux personnes handicapées

	Bénéficiaires assurés	Nature des services assurés	Participation financière du bénéficiaire
Québec	Ensemble des résidents	Orthèses, prothèses, aides visuelles, auditives et autres	Nil
Ontario	Ensemble des résidents	Orthèses, prothèses, aides visuelles, auditives et autres	25% des coûts
Colombie-Britannique	Information non disponible		
Alberta	Moins de 18 ans Plus de 65 ans	Orthèses, prothèses, et aides auditives	Nil
	Malades chroniques	Fauteuils roulants et aides techniques	Nil
Saskatchewan	Ensemble des résidents	Orthèses, prothèses, aides auditives et autres	Prix coutant des appareils auditifs et des accessoires
Manitoba	Ensemble des résidents	Orthèses, prothèses, et services connexes	Nil
Nouveau-Brunswick	65 ans et plus	Orthèses, prothèses	Nil
Nouvelle-Écosse	Ensemble des résidents	Prothèses	Nil
Î.-P.-É.	Information non disponible		
Terre-Neuve			

Source: Santé et Bien-être social Canada, *Description des programmes complémentaires de santé en vigueur au Canada*, Ottawa, 1990

Comparaison interprovinciale des programmes complémentaires de santé

Remboursement du coût des médicaments

	Bénéficiaires assurés	Nature des services assurés	Participation financière du bénéficiaire
Québec	65 ans et plus	Médicaments prescrits	Nil
Ontario	65 ans et plus	Médicaments prescrits	Nil
Colombie-Britannique	Ensemble des résidents	Médicaments prescrits	65 ans et plus : 75% des honoraires avec un maximum de 125 $ par an Moins de 65 ans : franchise de 325 $ plus 20% des coûts excédant la franchise
Alberta	65 ans et plus Moins de 65 ans non-assurés auprès du secteur privé	Médicaments prescrits	20% du coût des ordonnances Partie de la prime à la Croix Bleue non assumée par la province + 20% du coût des ordonnances
Saskatchewan	Ensemble des résidents	Médicaments prescrits	20% des coûts excédant une franchise de : - 125 $ par famille (moins de 65 ans) - 75 $ par couple agé - 50 $ par personne seule de 65 ans et plus
Manitoba	Ensemble des résidents	Médicaments prescrits	20% des coûts excédant une franchise de - 163,35 $ par famille de moins de 65 ans - 92,75 $ par famille de 65 ans et plus
Nouveau-Brunswick	65 ans et plus	Médicaments prescrits	6,45 $ par ordonnance Maximum pour les bénéficiaires du S.R.G.: 120 $ an
Nouvelle-Écosse	65 ans et plus	Médicaments prescrits	3 $ par ordonnance Maximum de 150 $ an
Î.-P.-É.	Aucun		
Terre-Neuve	65 ans et plus recevant le S.R.G.	Médicaments prescrits	Honoraires(6,50 $) plus premiers 4 $ de médicaments

Source : Santé et Bien-être social Canada, *Description des programmes provinciaux et territoriaux de remboursement des médicaments*, Ottawa, 1990.

Comparaison interprovinciale des programmes complémentaires de santé

Services dentaires aux enfants

	Bénéficiaires assurés	Nature des services assurés	Participation financière du bénéficiaire
Québec	Moins de 16 ans	Moins de 12 ans : - examen, restauration 13 à 15 ans : - examen, restauration - prévention en cabinet	Nil
Ontario	Aucun		
Colombie-Britannique			
Alberta	65 ans et plus +conjoint	Examen, prévention restauration, prothèses	Nil
Saskatchewan	Moins de 14 ans	Examen, prévention restauration	Nil
Manitoba	14 ans et moins en région désignée (non urbaine)	Examen, prévention restauration	Nil
Nouveau-Brunswick	Aucun		
Nouvelle-Écosse	Moins de 16 ans	Examen, prévention restauration, orthodontie(partie)	Nil
Î.-P.-É.	Moins de 13 ans	Examen, prévention restauration (maximum de 25 $ par famille)	Prime d'assurance de 10 $ par enfant
Terre-Neuve	Moins de 13 ans	Examen, prévention restauration	5 $ par acte sauf diagnostic et prévention

Source : Santé et Bien-être social Canada, *Description des programmes complémentaires de santé en vigueur au Canada*, Ottawa, 1990

Comparaison interprovinciale des programmes complémentaires de santé

Services optométriques

	Bénéficiaires assurés	Nature des services assurés	Participation financière du bénéficiaire
Québec	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription Examens d'orthoptique pour les moins de 16 ans	Nil
Ontario	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription	Nil
Colombie-Britannique	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription Examens d'orthoptique, maximum 50 $ par an	Nil
Alberta	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription	Nil
Saskatchewan	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription	Nil
Manitoba	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription Verres correcteurs pour 65 ans et plus	Nil pour examen Pour verres et montures : premiers 50 $ + 20 % de l'excédent
Nouveau-Brunswick	Moins de 19 ans 65 ans et plus	Examen de la vision et prescription Lentilles correctrices pour 65 ans et plus	Nil Pour lentilles : excédent de 40 $
Nouvelle-Écosse	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription	Nil
Î.-P.-É.	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription	Nil
Terre-Neuve	Ensemble des résidents	Examen de la vision et prescription	Nil

Source : Santé et Bien-être social Canada, *Description des programmes complémentaires de santé en vigueur au Canada*, Ottawa, 1990

Réflexions sur la révision du «panier» des services assurés

Un panier de services assurés «ouvert» et une gestion opérationnelle à rendre plus imputable

La loi C-3 ne stipule pas de listes précises et fermées de services assurés. Cette loi définit plutôt les services assurés de façon opérationnelle et ouverte, sur une base d'inclusions et d'exclusions à la marge. Ainsi, sont considérés comme services assurés :

- les services hospitaliers médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités;

- les services médicaux (c'est-à-dire rendus par un médecin) médicalement nécessaires;

- les services de chirurgiens-dentistes rendus en centre hospitalier.

Cette définition est complétée d'une énumération de la nature des services inclus comme assurés en milieu hospitalier (services infirmiers, hébergement en salle commune, coût des repas, etc.), services qui ne sont plus assurés lorsque dispensés à l'extérieur du milieu hospitalier.

Pour leur part, la loi sur l'assurance-hospitalisation, la loi sur l'assurance-maladie du Québec et la loi sur les services de santé et les services sociaux définissent l'encadrement législatif des services de santé au Québec. Ces lois reprennent une définition des services de santé assurés similaire à celle incluse dans la loi fédérale. Les lois québécoises et les règlements d'application qui en découlent précisent diverses mesures d'exception permettant : 1) soit de préciser la nature des services assurés pour les bénéficiaires hospitalisés ou traités en services externes; 2) soit d'inclure certains services médicaux ayant été reconnus juridiquement comme «non médicalement requis» (ex. : planification familiale); 3) soit encore d'exclure divers services non médicalement requis (ex. : chirurgie esthétique), le tout en conformité avec la loi fédérale.

Cette définition des services assurés de base nous apparaît avoir de grands avantages. Elle est simple, très opérationnelle et elle permet une gestion peu coûteuse. Elle s'appuie essentiellement sur une approche libérale, laissant aux médecins et à leurs patients l'entière liberté et la responsabilité de décider ensemble des services qui sont «médicalement nécessaires» dans chaque cas particulier et à chaque époque. À l'intérieur de ces paramètres du milieu hospitalier de dispensation et de la qualité professionnelle des dispensateurs désignés, le panier actuel et les dépenses des services publics de santé qu'il engendre reposent ainsi sur la relation privilégiée patient-médecin. Ils s'appuient donc fondamentalement sur la confiance qu'à titre

de conseillers et d'agents intermédiaires entre les ressources du réseau et le patient, les médecins, qui disposent d'une position fondamentalement prédominante dans cette relation patient-médecin-ressources hospitalières, prendront les décisions à la fois les plus susceptibles d'améliorer l'état de santé du patient, et aussi les plus efficientes possible en ce qui a trait à l'utilisation des ressources publiques disponibles.

Cette définition a ainsi le grand avantage d'éviter d'avoir à statuer administrativement et à fixer a priori le caractère nécessaire ou non nécessaire, ou le degré d'utilité appréhendé d'un type d'intervention médicale pour la population en général, alors que l'opportunité d'un traitement dépend en pratique des conditions spécifiques uniques à chaque patient au moment du traitement; des connaissances médicales accumulées et de l'expérience des médecins; de l'efficacité relative appréhendée des divers traitements envisageables dans une perspective de contribution à la qualité et à l'espérance de vie du bénéficiaire; des possibilités de soutien technologique disponible; des préférences des bénéficiaires et des médecins, etc. De plus, cette interaction de facteurs permettant de juger du caractère pertinent, opportun ou «médicalement requis» nous semble non seulement dépendre de chaque cas ou type de cas à un moment donné, mais également varier dans le temps selon l'évolution des technologies, des connaissances médicales et des valeurs sociales. Pour toutes ces raisons, il serait peu réaliste de définir administrativement et a priori chaque service de base médicalement requis assuré, en regard de chaque situation potentielle des bénéficiaires.

Toutefois, cette approche et cette définition opérationnelle des services de base comportent des désavantages qui deviennent très considérables dans un contexte d'insuffisance du financement des services de santé.

Ce constat ne signifie pas, bien sûr, que les services dispensés établis sur la base de la libre relation patient-médecin ne sont pas «médicalement requis». Cependant, l'approche actuelle n'assure pas de façon suffisamment explicite que les choix librement établis par les patients et les médecins, choix qui ont des conséquences importantes en ce qui concerne l'utilisation des fonds publics, seront raisonnablement efficaces et relativement efficients. C'est-à-dire que pour un traitement nécessaire donné, cette approche n'assure pas suffisamment que l'efficience relative des moyens disponibles reçoit toute l'attention qu'elle mérite. Il est reconnu en effet que les connaissances évoluent rapidement, et des études internationales révèlent des disparités importantes dans les profils de pratique des médecins, pour des catégories de patients et de diagnostics similaires. Ces disparités démontrent l'existence d'une marge de manœuvre souvent importante dans l'interprétation des services «médicalement requis».

L'approche actuelle de gestion des services assurés pose donc pour les médecins et pour le gouvernement, un problème d'imputabilité envers le citoyen-payeur, vis-à-vis l'utilisation des fonds publics consacrés à la santé. Dans le contexte actuel, les citoyens ont le droit d'être assurés que les services qu'ils paient sont les services les plus pertinents, efficaces et qu'ils tiennent compte des coûts relatifs des différentes options.

Options d'amélioration de l'imputabilité de la gestion des services assurés

Le Ministère, en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Québec et avec d'autres organismes et établissements, consacre des efforts importants visant à élaborer et à mettre en place des systèmes d'information modernes, axés sur les coûts et les clientèles par groupes de diagnostics homogènes en centres hospitaliers de courte durée (ex. : les «Diagnosis Related Groups»). Des efforts importants continueront d'être déployés dans les prochaines années afin de disposer d'indicateurs semblables pour les activités en services externes et dans les divers types d'établissements du réseau. Ces systèmes d'information, entre autres utilités, fourniront aux médecins et aux établissements des outils puissants leur permettant de localiser les disparités de pratiques les plus importantes. Ces nouvelles bases d'information donneront aux dispensateurs une occasion de mieux intégrer la préoccupation de l'efficience dans leurs choix des traitements requis.

Par ailleurs, diverses mesures de la Réforme viendront assurer que les droits des citoyens-consommateurs soient de façon plus explicite qu'ils le sont actuellement reconnus et respectés, notamment le droit à l'information concernant leur état de santé, les options de soins envisageables et les risques associés , et le droit de participer activement aux décisions qui les concernent. Ces mesures contribueront également à favoriser l'imputabilité des services médicaux, mais sans l'assurer de façon formelle et suffisante cependant.

À cet égard, une option envisageable pourrait être, en collaboration avec les médecins, de convenir de protocoles formels de soins ou de traitements en fonction de l'efficacité et de l'efficience relative de traitements importants, pour des situations données. Cette approche, tout en comblant une carence importante en ce qui a trait à l'imputabilité, continuerait elle aussi à attribuer à la profession médicale dans son ensemble la responsabilité de juger de l'opportunité des traitements à donner dans chaque cas particulier, et à diriger l'action de ses membres en conséquence.

Options de révision du panier de services assurés

Mentionnons que si la définition actuelle des services assurés a l'avantage de permettre la flexibilité nécessaire à l'égard de l'évolution des technologies de la santé, cette même flexibilité comporte le désavantage correspondant de laisser étendre en pratique la définition des services assurés au rythme accéléré des possibilités technologiques et des pratiques coûteuses, sans que l'opportunité de ces services, soit leur pertinence, leur efficacité et leur efficience, ne soit toujours explicitement justifiée auprès du citoyen payeur.

À cet égard, le Ministère a déjà prévu dans le cadre de la Réforme diverses mesures visant à limiter les conséquences de cette lacune. Entre autres, le Ministère veillera à établir un plan de développement des équipements ultraspécialisés, à réduire les risques de poursuite et le développement d'une médecine défensive, et à accorder aux citoyens-consommateurs le droit de refuser l'administration de soins disproportionnés ou d'être maintenus en vie par des moyens artificiels, etc.

Ces mesures de la Réforme, toutefois, ne permettront pas d'assumer collectivement et explicitement les choix d'assurer, notamment, des interventions extraordinaires et coûteuses de très haute technologie, dont l'efficacité est parfois relative et la pertinence constestable dans certains cas. Ces questions relèvent en partie d'une meilleure connaissance de l'efficacité prévisible de ces interventions extraordinaires, mais également de choix éthiques. Dans un contexte de rareté des ressources qui atteindrait un seuil critique, le problème des coûts très élevés de ces interventions deviendrait grave et cette situation pourrait nous obliger à réviser nos choix collectifs. À cet égard, il apparaît pertinent qu'une grande part de notre réflexion soit consacrée à cette question, comme cela se fait dans les autres sociétés industrialisées.

Par ailleurs, il a déjà été mentionné que la définition actuelle des services assurés a comme désavantage d'inclure comme assurés des biens et des services en milieu hospitalier qui n'apparaissent plus, dans les conditions actuelles, «médicalement nécessaires». À court terme le Ministère demandera au gouvernement fédéral d'exclure de la définition des services assurés les services d'hôtellerie, de repas et de gestion de dossiers des bénéficiaires non reliés directement aux services médicalement nécessaires afin que ces services puissent faire l'objet d'une contribution des usagers, qui tiendra compte de leur capacité de payer.

Processus de consultation sur la gestion et sur la définition du panier des services assurés

Afin d'améliorer l'imputabilité des choix médicaux courants (c'est-à-dire pertinence, pondération de l'efficience et de l'efficacité relatives des options, etc.) et afin également d'alimenter la réflexion sur la question du panier des services assurés, plusieurs organismes spécialisés auront à jouer sur une base régulière un rôle consultatif important.

À titre d'exemples, mentionnons le **Conseil consultatif de pharmacologie** qui conseille déjà le Ministère sur les médicaments à inclure aux listes des médicaments assurés et aux conditions de leur bon usage, tenant compte de leur valeur thérapeutique et de leurs coûts. Le **Conseil d'évaluation des technologies de la santé** effectue des recherches d'évaluation permettant de mieux sélectionner, diffuser et utiliser les nouvelles technologies qui se font jour. Le **Conseil médical du Québec**, dont la formation est prévue à la suite de la Réforme, pourrait aussi contribuer de façon importante à l'amélioration de la gestion des services assurés et à la réflexion sur les paniers de services.

Mentionnons cependant que le questionnement de la gestion et de la définition des services assurés ne pourrait être limité qu'à de telles instances consultatives. Dans la mesure où tous les intervenants du secteur des services sociaux et de santé partagent les même objectifs fondamentaux, tous ont également la responsabilité d'améliorer la gestion des services assurés. Sur le plan opérationnel, les dispensateurs et les personnels administratifs et de soutien sont souvent les mieux placés pour évaluer et pour élaborer de nouvelles formules de traitement plus adéquates. Leurs compétences et leur créativité devraient également être encouragées et mises à profit.